

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile Clinique (Ste-Anne)

DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGT-UNIÈME ANNÉE



90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1923

6040000

23 10 2000 18 12 14 00 10

10 10 2000 18 12 14 00 10

10 10 2000 18 12 14 00 10

10 10 2000 18 12 14 00 10



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

L'Hôpital psychiatrique

Les médecins, disent de méchantes langues, n'ayant su guérir le rhume de cerveau, l'ont au moins débaptisé et nommé coryza. Ceux-là seuls souriront qui ignorent la force des mots. Les aliénistes, qui sont des médecins quoi qu'on en ait pu dire, impuissants jusqu'ici dans la lutte contre ce qu'on est convenu d'appeler le « préjugé de la folie », viennent à leur tour de changer le nom des asiles d'aliénés. On les appellera désormais des hôpitaux psychiatriques.

C'est un rien, mais il fallait y songer. Et l'on déplore qu'il ait fallu attendre le tricentenaire de Molière pour inventer un vocable qui eût fait sa joie. Il est vrai que la psychiatrie de ce temps était

bien embryonnaire et que le progrès ne connaît de limites en rien. Et puis, il faut bien aider par tous les moyens M. Bérard dans le bon combat qu'il mène pour la défense du grec et du latin.

Toujours pitoyable aux malheureux, à l'avant-garde du progrès en matière d'assistance, le Conseil Général de la Seine a décidé de faire de l'Asile-Clinique un hôpital modèle pour le traitement des maladies mentales. D'aucuns ont pensé que cela ne suffisait pas. Sur le conseil de ces augures, l'Asile-Clinique disparaît, l'Hôpital psychiatrique lui succède. Encore qu'on n'aperçoive pas clairement ce que gagneront les malades à ce changement de nom, saluons de nos vœux émus le nouveau Phénix qui renaît de ses cendres.

Certes, là ne se borne pas la réforme. Le nouveau-né apporte dans les plis de son maillot beaucoup d'excellentes promesses sur lesquelles nous aurons sans doute l'occasion de revenir. Mais aurait-on pu considérer comme légitime, une réforme née sans le saint sacrement du baptême ?

Est-ce bien après tout un préjugé que l'état d'esprit qui consiste à éviter, autant que faire se peut, aux siens et à soi-même, une villégiature dans un de ces établissements départementaux dont le moins qu'on puisse dire est qu'on y trouve une société un peu mêlée ? Evidemment, c'en est un. C'est toujours un préjugé que de se croire d'une essence différente de celle de son prochain. Mais si, dans le langage courant, on donne volontiers aux autres des qualificatifs indiquant peu de confiance en leur intégrité intellectuelle, on n'aime

pas beaucoup se qualifier ainsi soi-même en allant de bon gré aliéner sa liberté parmi des malades de l'esprit.

Il fallait à cet état de choses un responsable. D'ingénieux psychiatres l'ont trouvé : c'est le mot asile. Qu'à cela ne tienne, on le supprime et tout va changer.

A vrai dire, on ne le supprime pas complètement. Les asiles de vieillards, les asiles de convalescents, etc., continueront à s'appeler ainsi. Ils n'ont pas encore découvert que le mot asile leur porte préjudice. Les aliénistes sont de subtils psychologues. Il n'y a pas lieu d'être surpris qu'ils voient clair avant les autres. Le pelé, le galeux, cause de tout le mal, et qui fait fuir les malades, c'est le mot asile écrit sur la porte d'entrée du Temple où ils officient.

Est-ce donc à cause du nom qu'il porte que l'Hôpital Saint-Louis est connu dans le monde entier comme le refuge des blessés de Vénus ? Il y a là vraiment un point de l'histoire du Roi Très Chrétien à faire élucider par la Société d'Histoire de la Médecine. Le bois de Vincennes est bien mal fréquenté : il est suspect d'aller s'ébattre sous ses chênes sous prétexte de rendre la Justice. Mais ceci est une autre histoire.

Reconnaissons qu'il était temps que cela change. Ce n'était pas sans un léger frisson qu'on s'entendait ironiquement conseiller de partir pour Ste-Anne ou pour Charenton. Et pourtant, sans vouloir troubler les joies d'une paternité récente, il me semble que ces deux appellations avaient déjà de-

puis longtemps été remplacées par d'autres. On voit avec quel succès.

Il n'est pas inutile de signaler, en passant, que la réforme entraînera un peu plus loin qu'il n'a été prévu. Dans les départements autres que celui de la Seine, qui constituent tout de même une assez importante partie de la France, on dit : aller à Bonneval, Braqueville, Cadillac, Clermont, Mont-devergues, Navarre, etc., et tout le monde comprend. Le mot pendable, le mot asile, reste naturellement sous-entendu. Mais on l'emploie peu. Il est remplacé dans la conversation par le nom du village ou de la petite ville où est situé l'Asile, nom qui suffit fort bien à exprimer ce que l'on veut dire. Il faudra aussi changer ces noms de ville ou de village. Les dragées du baptême vont pleuvoir. Une si bonne cause ne sera pas arrêtée en chemin par de si minimes obstacles.

Regrettons seulement que cette indispensable réforme ait tant tardé. Elle subit le sort de beaucoup d'autres : elle arrive trop tard. De nombreuses communications, en particulier à la Société Médico-psychologique, ont appris à tous le succès grandissant, si légitime, du beau service ouvert organisé et dirigé à l'Asile Clinique par M. Toulouse. La prospérité de ce service démontre à la fois la nécessité à laquelle il répond et le peu de « préjugé » qu'inspire maintenant l'Asile. Une autre conséquence heureuse est à signaler. Ce service ne se contente pas de traiter des états légers. Ouvert, mais sachant à l'occasion se refermer sur sa proie, il ajoute aux modes de placement déjà

connus et fixés par la loi, un procédé nouveau dont on ne saurait trop louer la commodité : l'internement par persuasion. Et cela à l'asile. Ce mot n'éloigne donc plus les malades. Alors, pourquoi le changer ?

Sa condamnation signée, il importait de faire un choix judicieux et raisonné de son successeur. Ce qui fut fait. Asile Clinique, Asile Départemental, c'était vraiment compromettant. Cela disait trop ce que cela voulait dire. Après réflexion, tout bien pesé, le choix se fixa sur « Hôpital psychiatrique ». Evidemment, les malades qui évitaient de se rendre à l'Asile Départemental accourront en foule à l'Hôpital psychiatrique où, comme chacun le voit, rien n'indique qu'on traite les maladies mentales.

Car, de deux choses l'une, ou bien ce nouveau vocable est incompréhensible, ou bien il l'est trop. S'il est incompris, c'est parfait ; il pourra servir à rimer des chansons, des couplets de revue, en un mot à répandre autour de lui de la joie, ce dont nous manquons le plus. Mais, s'il est compris, c'est autre chose. Et l'on voit d'ici, sous son heureuse influence, abandonnant tout « préjugé », les malades proclamer *urbi et orbi* : « Je vais à l'Hôpital psychiatrique faire soigner ma psychopathie. » Le triomphe est certain. On peut prédire un beau succès à tous ceux qui se présenteront en ces termes à leur employeur.

Au mois d'août dernier, au Congrès de Quimper, dans la discussion qui suivit l'exposé du remarquable rapport de Paul Courbon, je m'élevais contre cette proposition de remplacer le nom d'Asile

par celui d'Hôpital psychiatrique (1). Je demandais, si l'on tenait à adopter le terme d'Hôpital, de ne pas y ajouter ce qualificatif un peu voyant. Cette opinion parut alors approuvée par ceux-là même qui depuis ont réalisé leur projet primitif. De puissantes raisons ont dû à nouveau convaincre les parains de la supériorité du vocable adopté. J'avoue ne pas les apercevoir.

A la réflexion, par contre, j'estime que le mot Hôpital ne pourrait suffire. Il est trop vague si celui d'Hôpital psychiatrique est trop précis. Comme le fait l'Assistance publique pour ses établissements (Hôpital Bichat, Hôpital Laënnec, Hôpital Trousseau, Clinique Tarnier, Hôpital Saint-Louis, etc...), il faudrait y accoler un autre nom. S'il paraît sans objet de ressusciter l'épithète de Sainte-Anne (nom

(1) « Ainsi qu'il arrive souvent, en ce pays latin, on a proposé de caractériser et d'inaugurer cette réforme par l'emploi d'un mot nouveau. Dans le but de lutter contre le préjugé regrettable, mais trop certain, du public à l'égard des malades de l'esprit, il a été proposé de débaptiser l'asile et de l'appeler désormais hôpital psychiatrique. Je ne crois pas, pour ma part, que le nom de l'établissement soit pour quelque chose dans les sentiments qu'il inspire à la foule. Depuis le jour où les aliénés ont cessé d'être, aux yeux du peuple, des émanations de la divinité, ils lui inspirent le ridicule ou la crainte. Souvent, plus encore que le nom de l'établissement, c'est le village où il est situé, la propriété qui le contient, dont le nom est devenu synonyme de lieu de traitement de la folie. Certains établissements privés qui reçoivent des psychopathes en dehors de toute formalité administrative sont assimilés par la clientèle à de véritables établissements fermés. Je ne crois pas à la vertu de ce changement d'étiquette.

«... Mais il faudrait au moins en choisir une moins mauvaise. Lorsque vous aurez mis au fronton des édifices... le nom d'hôpital psychiatrique... vous aurez, à l'encontre du but poursuivi, stigmatisé vous-mêmes les malades que vous voulez y traiter. Si vous désirez faire de l'asile un hôpital comme les autres, il faut vous garder de préciser dans son appellation les malades que l'on y soigne... »

(René CHARPENTIER, in *Discuss. Rapport d'assistance de Paul COURBON*, Congrès de Quimper, août 1922.)

que conservera pendant longtemps encore pour le public l'hôpital psychiatrique de Paris), n'aurait-on pu désigner cet établissement par le nom d'une des grandes figures de la Psychiatrie française, de celui qui fut le Maître incontesté de l'Ecole de l'Admission ?

L'Hôpital Magnan n'eût pas effrayé la clientèle. Il eût rappelé à tous les médecins le rôle de celui qui fit tant par ses recherches personnelles, son enseignement, sa bonté, et son labeur ininterrompu pour le progrès de la Médecine de l'Esprit et pour le traitement des malades. En leur rappelant les efforts du passé, la grande ombre du Maître disparu ne leur eût pas voilé la lumière du jour ni masqué les perspectives de l'avenir.

René CHARPENTIER.

LE RADOTAGE

Essai de différenciation psychologique entre les effets de l'âge
et de l'artériosclérose sur la mentalité des vieillards

Par Paul COURBON

Médecin de l'Asile d'aliénés de Stépansfeld

La répétition du même acte, du même geste, de la même attitude, des mêmes paroles est une des réactions les plus banales des aliénés. C'est également l'une des mieux connues des psychiatres, qui lui ont donné le nom de stéréotypie. Dromard notamment lui a consacré une de ses lumineuses études. Le plus souvent, tant par la coexistence de troubles mentaux évidents (extravagance de la conduite ou du raisonnement, perturbation de la mémoire, idées délirantes, hallucinations) que par le caractère intrinsèque de son incohérence, la réaction stéréotypée apparaît comme manifestement insensée.

On voudrait ici attirer l'attention sur la forme la plus discrète, ou plus exactement le moins apparemment pathologique de la stéréotypie. Cette force est celle qui pendant des années peut exister seule sans aucun concomitant psychopathologique. C'est pour cela qu'on la rencontre bien plus au dehors qu'à l'intérieur de l'asile, car elle ne suffit pas à faire juger comme malade mental celui qui la présente. Elle commence simplement par discréditer sa conversation avant d'en arriver à disqualifier son intelligence. Le public le fuit tout d'abord, sans le plaindre, comme un raseur dont la manie est fastidieuse, puis le prend en pitié en le traitant de gâteux dès qu'apparaissent des troubles mentaux surajoutés.

Ce symptôme porte le nom vulgaire de *radotage* ou de *rabâchage*. Il consiste dans le fait de toujours parler des mêmes choses, ou mieux de toujours ramener la

conversation écrite ou parlée sur le même sujet. Le mot radotage n'a pas son équivalent dans toutes les langues. En allemand, par exemple, il n'a pas sa traduction exacte. Le terme que l'on emploie (1) signifie ruminer. Or la rumination mentale vise un phénomène beaucoup plus général, on peut ruminer en silence ; le psychasthénique de Janet et Arnaud peut ruminer pendant des heures et des jours des idées qui l'obsèdent, sans les ressasser à son entourage. Radoter ou rabâcher, au contraire, c'est essentiellement fatiguer autrui, c'est rabattre les oreilles étrangères par la répétition de propos qui n'ont pas forcément quelque chose d'absurde. Si le radotage devient à la longue démentiel, il commence par ne pas l'être. Et quand il est délirant, on l'appelle délire stéréotypé.

Le mot radotage est donc l'un de ceux par qui se révèle la précision psychologique de l'esprit français. Néanmoins, la chose qu'il désigne est assez complexe pour qu'on puisse y trouver matière à analyse. Et l'on doit tout d'abord dissocier la synonymie apparente des deux termes radoter et rabâcher que les psychiatres emploient indifféremment l'un pour l'autre. Pour cela, il suffit de s'en rapporter à la définition du dictionnaire.

« Radoter, c'est se répéter d'une façon insipide. Rabâcher, c'est revenir souvent et inutilement sur ce qu'on a dit » (Larousse). Le premier de ces verbes comporte donc une idée péjorative, que n'a pas le second. C'est pour cela que l'on devrait le réserver aux cas où la répétition semble le plus dépourvue d'opportunité.

I. Rabâcher, au point de vue psychiatrique, c'est donc se livrer à des redites qui s'inspirent d'un but peut-être invisible pour l'auditeur, mais évident pour le rabâcheur. Une vieille dame recommençait sans cesse à faire devant son médecin l'énumération de toutes les personnes dont la connaissance leur était commune avec indications des relations d'âge, de parenté ou d'intérêt qui pouvaient unir ces personnes entre elles. Elle ne radotait pas, car elle agissait ainsi pour

(1) Wiederkaufen.

contrôler les défaillances de sa mémoire, dont elle constatait l'affaiblissement. C'était un moyen de défense analogue à ceux des douteurs. Elle était d'ailleurs psychasthénique. C'était une rabâcheuse, non une radoteuse. — Caton avec son *Delenda Carthago* était un rabâcheur, non un radoteur.

II. Radoter, c'est se livrer à des redites, non pas pour atteindre un but, mais simplement pour la satisfaction créée par la redite elle-même. En somme, *dans le rabâchage, la répétition est un moyen ; dans le radotage, elle est une fin.*

Puisque le vocable radoter a été pris dans le langage commun, la signification psychiatrique à lui attribuer doit avoir une précision aussi rapprochée que possible de celle que l'usage a consacrée. Or l'expression la plus fréquente est celle de « tomber dans le radotage ». L'opinion publique semble donc considérer que radoter ne constitue pas l'épanouissement d'une prédisposition innée, mais au contraire est la conséquence d'un accident acquis. D'autre part, l'adjectif vieux est généralement accolé au substantif radoteur. Pour cette double raison, il ne faut employer en psychiatrie le mot radotage qu'aux redites des sujets arrivant à la vieillesse, et user du mot de stéréotypie pour celles des autres.

Ainsi compris, le radotage se présente sous deux aspects psychologiques différents, qui semblent correspondre à deux conditions biologiques différentes.

a) *Psychologiquement.* La matière des redites de certains radoteurs est simplement l'histoire de leur passé. C'est l'énumération plus ou moins complète de leurs anciennes années. Ils répètent ce qu'ils ont fait, le nom des gens qu'ils ont connus, les conversations qu'ils tinrent, les réparties d'un tel ou de tel autre dans telles circonstances particulières, leurs propres réponses, les occupations habituelles qu'ils avaient. En somme, ils revivent exactement telle ou telle tranche de jadis. Ils semblent refaire pas à pas les mêmes courses d'antan, sans échapper aux contingences d'alors. Ils ont l'air de chausser les bottes de l'ancien temps, pour remettre exactement les pieds dans les empreintes qu'elles laissèrent au milieu des événements d'autrefois.

Ce radotage par ressassement d'anecdotes, par reproduction exacte des scènes vécues, est le mieux connu. Il est l'expression pittoresque de cette mentalité sénile, décrite déjà par l'auteur latin dans son qualificatif de *laudator temporis acti*, qu'il donne au vieillard. C'est un phénomène de mémoire, conforme à la loi de régression formulée par Ribot, loi en vertu de laquelle les acquisitions les plus récentes sont les premières à disparaître dans l'oubli. L'individu se trouve reporté dans les souvenirs d'un passé d'autant plus résistant qu'ils se sont organisés à une époque où la personnalité se les agrégeait de toute la solidité d'une affectivité puissante. Mais comme l'affectivité a subi une atteinte parallèle à la régression mnémonique, c'est d'une façon toute automatique, sans aucune intervention sentimentale actuelle, qui puisse lui imprimer une tonalité émotive, que se déroulent les divers moules où s'inscrusta l'activité passée.

Resté assez sociable pour éprouver le besoin de communiquer avec ses semblables, mais trop frappé dans sa sensibilité affective pour s'enflammer au rappel des émotions d'antan, il ne peut que répéter aux autres ce qu'il a fait, sans leur développer les motifs idéo-affectifs de ses actions.

L'un des plus beaux exemples à fournir est celui d'une vieille femme morte à l'âge de 71 ans en 1920. Ayant perdu tous les membres de sa famille, et affolée par les difficultés matérielles et morales de la vie en liberté pendant la guerre, elle fut internée en 1917 pour une bouffée délirante, qui disparut après quelques mois, mais à la suite de laquelle on la garda à l'asile. Parfaitement correcte dans sa mise et sa conduite, très bien orientée, elle priait fréquemment le médecin de lui accorder un entretien particulier. Et chaque fois, c'était pour lui faire l'implacable récit de sa jeunesse et de son mariage, l'énumération de ses parents et alliés, les menus incidents de ses rencontres avec eux, les cérémonies de mariages ou d'enterrements auxquelles elle avait participé. Et comme je lui demandais la raison de son désir de toujours me répéter cela : Je n'ai pas d'autre plaisir, répondait-elle, que de pen-

ser à ce temps. Tout le reste m'est égal. Dès qu'on me laissera quitter l'asile, je retournerai dans les lieux où j'ai vécu, et j'irai en France, en Allemagne et en Amérique revoir mes parents que je n'ai pas vu depuis plus de 30 ou 50 ans.

En opposition avec les précédents, il est un autre genre de radoteurs qui, au lieu de ressasser le récit de leur passé, reprennent incessamment le développement du même thème. Et ce thème n'est autre que celui du plus puissant des principes qui mirent jamais leur activité en branle. Au lieu de répéter, à la façon des premiers des aventures dans lesquelles leurs actions se réalisèrent, ils exaltent constamment le mobile qui leur fut le plus cher. Les autres ont l'air de vanter leurs prouesses, eux de chanter l'idéal qui les leur inspira. Ce ne sont pas les scènes d'antan ; ce sont d'anciennes émotions qui sont évoquées. En somme, c'est un radotage non plus de faits, mais d'idées ou mieux de sentiments.

Le radoteur du premier type *redit ce qu'il a fait*. Il est frappé dans sa personnalité entière et principalement dans sa mémoire, qui en est la charpente essentielle. Il est reporté à une étape précise du chemin parcouru. Il y a une régression de sa personnalité. C'est un radotage d'involution régressive. Il s'agit d'un retour de l'individu dans le passé, puisqu'il refait par la pensée ce qu'il faisait.

Le radoteur du second type *redit ce qu'il a le plus aimé*. Il est submergé par le reflux d'une affectivité que les exigences de l'adaptation aux contingences de la vie avaient apaisée et éloignée. La personnalité est embrasée à nouveau par le jaillissement d'une flamme que la poudre des illusions détruites par l'expérience recouvrait depuis plus ou moins longtemps. C'est un radotage de reviviscence affective. Il s'agit d'un retour du passé sur l'individu, puisque c'est une ancienne émotion qui revient l'animer.

Un israélite s'était passionné pour la défense de son coreligionnaire dans l'affaire Dreyfus, et le rang social qu'il occupait à Paris lui avait permis de prendre une part active à la lutte. Pour ouvrir les yeux de ses adver-

saires, il prêchait toujours le thème de la facilité de l'erreur dans les recherches les plus impartiales de la vérité. Pendant les années que dura ce fameux procès, il avait consacré toutes ses forces à développer cette idée. Puis, la cause ayant été gagnée, il ne se soucia plus d'extérioriser cette conviction, vaquant à ses occupations d'une façon parfaite, consacrant ses loisirs à des études plus opportunes. Il mourut à 70 ans, aphasique et artérioscléreux. Or, bien des mois avant son aphasie, et sans présenter de signe de démence, dès qu'il rencontrait un interlocuteur quelque peu patient, il se mettait en devoir de lui commenter le syllogisme suivant : « La vérité est le seul bien, car il n'y a que la vérité qui dure. L'erreur est le seul obstacle pour l'atteindre. Introduire volontairement des erreurs, alors que les causes d'erreurs involontaires sont si nombreuses, c'est empêcher l'acquisition du bien suprême. Or, mentir c'est lancer dans le monde une erreur volontaire. Donc il est de l'intérêt de chacun de ne pas mentir. »

Ses commentaires n'en finissaient plus. Il voulait les imprimer en un volume, et il écrivait à maints psychologues pour les leur soumettre et obtenir d'eux de nouveaux arguments.

On pourrait objecter que la différence entre le radotage de faits de la vieille précédente, qui était une ménagère de petite ville, et le radotage d'idées de ce vieillard, qui était un intellectuel de Paris, tenait à l'inégalité de leur niveau mental et de leur culture. Ce serait à tort, car l'exemple suivant concerne un marinier à intelligence et instruction frustes. De plus, notre intellectuel eût parfaitement pu présenter un radotage par involution régressive. Mais alors, il se fût épuisé à raconter les incidents des procès de Paris et de Rennes, les séances des conseils de guerre et de la cour de cassation, les démarches qu'il avait faites, les personnalités politiques et militaires avec qui il avait collaboré, les circonstances de ses entretiens avec elles, etc. Or, rien de tout cela. Il ne revivait pas le procès. Il était repris de la passion qui l'avait le plus intensément animé. Ce qui avait le plus ému ce juif dans sa vie, c'est

la lutte pour la vérité contre l'erreur, dont un coreligionnaire avait été victime vingt ans plus tôt. Il radotait sur ce qu'il avait le plus aimé. C'était un radotage par reviviscence affective.

Un marinier d'une soixantaine d'années et dont le facies, couperosé et apoplectique, ainsi que le tremblement des lèvres dénotait les habitudes alcooliques, mais qui avait suffisamment de force intellectuelle et physique pour continuer à exercer son métier sur les canaux et rivières, terminait toutes ses conversations par ces paroles : Moi je m'en fous, je suis capitaine. Puis, il se lançait dans l'énumération des avantages et la description du prestige conféré par le titre de capitaine. Lui aussi, au seuil de l'affaiblissement intellectuel organique, radotait sur ce qui avait été l'idéal de toute sa vie, et non sur des faits de son passé. Il avait aspiré depuis son enfance à la gloire suprême de conduire une péniche et de se coiffer d'une casquette de capitaine.

b) *Biologiquement.* Est-il possible de découvrir les conditions biologiques qui déterminent les différences psychologiques de ces deux types de radoteurs ? Il semble que oui. L'autopsie a permis de constater dans le cerveau de la première malade une absence complète de toute lésion localisée et l'existence d'une atrophie généralisée de la substance cérébrale. L'enveloppe dure-mérienne était beaucoup trop grande pour l'encéphale ratatiné qu'elle contenait. L'écorce grise était amincie et les ventricules plutôt dilatés. *Aucun vestige d'artériosclérose cérébrale.* D'ailleurs, les viscères et vaisseaux étaient macroscopiquement indemnes. Le décès avait eu une pleurésie aiguë sérofibrineuse pour cause.

A défaut de vérification *post-mortem*, les signes objectifs de l'examen clinique des deux autres sujets amènent à induire le contraire chez eux. Le premier, qui devint aphasique, était un artérioscléreux incontestable. Le second, alcoolique chronique avéré, avait certainement quelque altération vasculaire du cerveau.

On en vient donc à formuler l'hypothèse que le radotage par involution régressive est en rapport avec l'usure sénile généralisée du cerveau, tandis que le ra-

dotage par reviviscence affective est en rapport avec les lésions localisées de cérébro-sclérose.

La possibilité de cette distinction est rare dans la pratique, car, ainsi que l'écrit Truelle, « le domaine de l'artériosclérose est uni à celui de la démence sénile d'une manière si intime que l'on ne peut guère l'en séparer qu'artificiellement ». Et le radotage d'un cortex à la fois usé par la vieillesse et rongé par l'artérite s'exprime par un enchevêtrement des deux psychologies. Néanmoins, il est des cas nettement tranchés, ayant chacun sa psychologie et son anatomo-pathologie particulières.

Cette distinction des deux radotages n'est qu'une confirmation d'une vérité admise depuis longtemps, à laquelle notre regretté maître Vigouroux consacra de beaux articles, que le rapport de Logre sur la conscience de l'état morbide, ainsi que la discussion qui suivit au congrès récent de Luxembourg ont remise en lumière. L'extension des lésions cérébrales commande l'étendue de l'atteinte du psychisme. Or, l'atrophie totale du cerveau sénilement involué comporte une déchéance globale du psychisme qui ne permet plus que la reviviscence de souvenirs immuablement ankylosés dans leurs formes primitives. Les lésions circonscrites de l'artériosclérose n'amènent qu'une désagrégation parcellaire de la synthèse mentale. Et les éléments idéo-affectifs dont celle-ci est constituée ont conservé une souplesse et une malléabilité qui les laissent capables de se systématiser à nouveau.

Cette différenciation psychologique du radotage n'est pas aussi éloignée de toute portée pratique qu'elle en a l'air. Si elle est exacte, elle fournit des éléments de pronostic dont l'importance est peut-être plus grande pour l'avenir physique que pour l'avenir mental du sujet, destiné dans les deux cas à un affaiblissement démentiel progressif. Chez un vieillard indemne de tout signe objectif d'artériosclérose, l'apparition d'un radotage par reviviscence affective présagerait les ictus, les paralysies, l'aphasie et la mort subite plus ou moins longtemps avant la constatation des troubles de motricité ou de réflectivité. Au contraire, la formation d'un

radotage par involution régressive annoncerait une déchéance psychique dont la progression sera exempte de toute complication neurologique.

CONCLUSIONS. — Le radotage et le rabâchage sont des stéréotypies qui consistent à ramener constamment la conversation sur le même sujet, pour répéter toujours les mêmes choses.

Ils se distinguent par la cause différente qui les produit. Radoter, c'est se répéter pour le plaisir que procure la répétition elle-même ; le radotage est une fin. Rabâcher, c'est se répéter pour l'effet obtenu par la répétition ; le rabâchage est un moyen.

Le radotage, signe avant-coureur de vieillesse, se présente sous deux formes, dépendant chacune d'une altération particulière du cerveau :

a) Sous forme de répétition de faits ou d'aventures vécus autrefois, évoquant une tranche des contingences dans lesquelles s'écoula la vie. Il est alors fonction de l'atrophie globale de la substance cérébrale, à laquelle aboutit, plus ou moins prématurément, l'usure de l'âge. C'est le radotage par involution régressive.

b) Sous forme de répétition d'un idéal d'antan, semblant attiser, sous la cendre du passé, le plus puissant des sentiments qui animèrent l'existence. Il est l'expression des lésions circonscrites d'une artériosclérose qui gagne le cerveau. C'est le radotage par reviviscence affective.

Documents Cliniques

DÉLIRE SYSTÉMATISÉ RELIGIEUX A ÉVOLUTION CHRONIQUE

Par M. PRIVAT DE FORTUNIE

Parmi les nombreux cas de délire mystique que nous avons rencontrés en Bretagne, l'observation suivante nous a paru présenter un intérêt particulier. Nous donnerons d'abord cette observation et indiquerons ensuite les remarques qu'elle nous suggère.

Mme G... A. est la veuve d'un officier supérieur mort au début de la guerre.

A. H. — Arrière-grand'mère paternelle, créole de l'île Maurice, avait, à l'âge de 37 ans, 22 enfants.

Arrière-grand-père maternel eut 28 enfants en deux mariages.

Père, Conservateur des Forêts, mort d'embolie à 78 ans.

Mère vivante à l'époque de l'entrée, atteinte en 1917 d'une attaque de paralysie avec troubles cérébraux, probablement décédée actuellement.

Deux frères et une sœur tous très nerveux et atteints d'entérite.

A. P. — Née le 16 octobre 1873.

Rougeole dans l'enfance.

A 12 ans, à l'époque de sa première communion, angine couenneuse.

Réglée à 14 ans 1/2.

Névralgies faciales très violentes, à forme odontalgique, jusqu'au moment de son mariage.

Nature sentimentale. A l'âge de 15 ans fait la connaissance de celui qui deviendra plus tard son mari. Les parents s'opposent tout d'abord à ce mariage en raison de différences existant sous le rapport de la situation de famille et de fortune. Elle en éprouve un très vif chagrin auquel est attribuée par la suite la cause de sa maladie. Cependant, dit-elle, au cours de l'hiver 1895-1896, elle a renoncé à ce

projet en réfléchissant aux obstacles qui s'opposent à sa réalisation.

A l'âge de 22 ans, dans la nuit du 1^{er} mai 1896, elle ressent subitement, au niveau du cœur, une pression violente comme si une main glacée se serait posée sur sa poitrine, puis une sensation de transpercement à la pointe du cœur. Sous l'impression de la douleur, elle se jette à bas du lit, elle est projetée, dit-elle, tombe sur un prie-Dieu, sent un poison horrible envahir tout son corps comme si ce poison était inoculé dans un vaisseau au moyen d'une seringue. Elle ne voit absolument rien, mais entend un vague bruit dans les rideaux du lit comme un bruissement d'ailes. Quelques instants après, elle court dans la chambre de sa mère pour lui montrer son côté où rien d'apparent n'est constaté. Elle se recouche, continuant à souffrir. Le lendemain, application d'un vésicatoire sur le côté gauche. La douleur va en augmentant ; elle souffre au niveau de l'estomac, du foie, de l'intestin. Le surlendemain, des symptômes d'entérite se manifestent : expulsion de selles sanguinolentes, farcies de membranes surnageant dans le vase, avec des glaires semblables à du blanc d'œuf ; elle ne peut rien digérer.

Peu de temps après l'apparition des premières douleurs, elle a l'impression qu'il s'agit de quelque chose de fantastique. Dès le lendemain, elle constate qu'en appuyant la main sur les yeux fermés, elle éprouve des effets lumineux nouveaux, au lieu des couleurs du prisme elle aperçoit un damier noir et blanc. Huit à douze mois après, elle a l'intuition qu'elle a dans le corps une bête diabolique, cela parce qu'elle a la sensation d'un rongement, d'un dessèchement, d'une aspiration du sang, d'un épuisement de tout son être. Elle souffre, dit-elle, tellement que vers la fin de 1897 elle a des idées de suicide, tente de se jeter par une fenêtre, mais un de ses frères la retient, une autre fois elle tente de se pendre. En même temps, elle présente des symptômes d'excitation : besoin de frapper, de briser, de se rouler, de pousser des cris, elle ne dort pas, le moindre bruit, la vue de tous les objets lui sont pénibles, elle ne peut se maîtriser. Sa famille, qui l'a fait successivement soigner par Potain, Charrin, Hayem, Keller, Joffroy, finalement la confie aux bons soins du Dr Arnaud.

Lorsque, en octobre 1898, elle entre à la maison de santé de Vanves, elle est dans un état de surexcitation extrême. Là, elle continue à souffrir, cependant, au bout d'un an 1/2, les douleurs s'atténuent puis disparaissent progressivement bien que des crises d'entérite se soient encore produites durant cette période. En 1900, elle sort de la maison de santé

de Vanves, en apparence guérie. Une radiographie, faite quelque temps après cette guérison, aurait montré des traces d'ulcérations anciennes à l'estomac. Revenue physiquement à son état normal, elle pense avoir été possédée du démon et avoir été guérie par une intervention miraculeuse : sa famille avait fait des vœux à N.-D. d'Espérance, elle-même priait beaucoup pendant sa maladie. Au cours de cette maladie et jusqu'à son mariage, elle fut, dit-elle, assaillie de pensées malsaines, ordurières, révoltantes, immondes, de tentations horribles, parfois suivies d'actes involontaires de même nature.

Le 9 juin 1904, elle se marie avec le jeune homme dont il a été précédemment question, et qui, après être parvenu par son travail au grade de capitaine, est resté dans les mêmes sentiments à son égard.

Peu de temps avant son mariage, très forte crise d'entérite. Peu de temps après, première grossesse très pénible avec vomissements incoercibles, douleurs au foie, le tout occasionnant une extrême débilité physique. Naissance d'une petite fille en mai 1905. Aussitôt après l'accouchement, très grande amélioration de l'état physique. — Deuxième grossesse, encore pénible, mais moins que la première, suivie de la naissance d'un garçon en novembre 1906. — Troisième grossesse moins pénible que les précédentes et naissance d'un garçon en mai 1908. — Puis deux fausses couches, la deuxième en 1911, au cours d'une pneumonie infectieuse qui la rend très malade. — Dernière grossesse et accouchement d'une petite fille le 6 janvier 1915.

Au début de cette dernière grossesse, en avril-mai 1914, Mme G... aurait fait part à son mari des mauvais pressentiments qu'elle avait, disant que des choses terribles, atroces allaient les séparer. Ces déclarations avaient inspiré au mari des craintes sur la santé de sa femme. Elle se sentait envahir par une tristesse croissante qu'elle cherchait vainement à dominer, voulant rire et ne le pouvant pas, elle devenait ombrageuse, si son mari rentrait en retard se figurait qu'il avait des relations au dehors. En même temps, une sensation pénible au côté commence à se réveiller et va en augmentant.

La déclaration de guerre l'impressionne vivement, elle a la conviction, dit-elle, que son mari qui est officier sera tué. Ce dernier, blessé le 6 octobre 1914, meurt le 30 du même mois à l'hôpital de Berck où sa femme assiste à ses derniers moments. Cette mort lui cause un profond chagrin. Vers la fin de sa grossesse, en novembre ou décembre, elle a des craintes imprécises qu'elle n'exprime pas, une ou deux fois

cependant elle aurait dit à sa mère qu'elle accoucherait d'une bête. Après la naissance de sa petite fille, les douleurs qu'elle avait éprouvées autrefois reparaissent plus vives. Au début de mars 1915, une voix lui dit la nuit : « Tu es l'Antéchrist, tes enfants sont maudits en toi, la fin des temps est proche » ; cette voix part de son corps. Depuis, les révélations se sont succédées sans interruption.

Placée avec ses enfants dans une maison religieuse à Vannes, où il est un moment question de l'exorciser, après un an de séjour elle est internée, le 8 octobre 1916, à l'Asile de Lesvellec.

En plus des idées délirantes exprimées par la malade, conceptions dont nous parlerons tout à l'heure, ce qui frappe chez elle ce sont les troubles de la sensibilité, multiples et très accusés, s'accompagnant d'un éréthisme nerveux extrême.

Elle souffre partout, dit-elle, à l'intérieur et à la surface du corps. Notamment à la peau des pieds, elle éprouve une sensation de décharge électrique, marcher et s'asseoir sont des souffrances.

Le maximum des souffrances est au cerveau, au cœur et à l'estomac.

Au cœur, elle ressent une douleur continue, intolérable, aussi la voit-on constamment tenir la main appliquée sur cette région. Elle a, dit-elle, à la pointe du cœur, une plaie intérieure par où s'échappe du sang, une humeur corrompue ou du venin qui se répand dans tout l'organisme, c'est le venin qui lui a été injecté en 1896.

La gastralgie n'est pas moins prononcée. Elle éprouve des crampes d'estomac atroces. S'alimenter pour elle est un supplice. Elle a dans la bouche un goût de cadavre, de putréfaction. Elle ressent un feu dévorant, une soif que rien ne peut calmer, suivant son expression, elle pourrait boire tous les fleuves de la terre sans être désaltérée. Cette gastralgie s'accompagne d'aérophagie. L'examen radioscopique a montré l'existence d'une dilatation de l'estomac distendu dans sa partie supérieure par une poche d'air, qui refoulant le diaphragme, le cœur et le poumon, gêne le fonctionnement de ces organes. Par suite d'un relâchement de la paroi stomacale, l'absorption d'une potion de bismuth détermine un abaissement de l'organe et la formation à la partie inférieure d'une poche profonde, dénotant la perte de l'élasticité de la paroi. Au voisinage de la petite courbure, apparaît en présence du bismuth une tache sombre d'où partent une série de petites lignes présentant la même teinte. Cette

tache, de l'avis des spécialistes, pourrait être la trace d'une ancienne ulcération actuellement cicatrisée.

Les organes des sens sont également atteints d'hyperesthésie. Le moindre bruit, dit-elle, lui cause des souffrances intolérables. La vue des objets et des êtres, en particulier des enfants, est extrêmement pénible.

Cet état d'hyperesthésie et d'éréthisme nerveux s'accompagne d'insomnie tenace, rebelle, d'un continuel besoin de mouvement et aussi d'un besoin non moins impérieux de se plaindre, crier, gémir. Elle ne se met jamais à table et prend tous ses repas debout en marchant, ne s'assied que très rarement pour écrire ses réflexions, la plupart du temps se promène tenant en permanence la main appliquée sur son cœur, discutant avec ses compagnes ou prédisant toutes sortes de calamités.

A toutes ses souffrances la malade attribue une cause surnaturelle, car, dit-elle, il n'y a pas chez elle d'exagération de la sensibilité puisque à ses accouchements elle a toujours été courageuse et que ses douleurs ne lui ont jamais paru excessives. L'existence de ses douleurs surnaturelles ne l'empêche point d'éprouver des douleurs accidentelles dues à des causes ordinaires, car il n'y a point chez elle suppression de la sensibilité, mais elle ne fait aucun cas de ces douleurs banales qui, comparées aux douleurs d'une autre nature qu'elle éprouve, lui semblent même une jouissance. Toutes ces souffrances physiques surnaturelles ne sont rien en comparaison de ses souffrances morales, également surnaturelles, liées à cette conviction, à cette notion absolument certaine, dit-elle, que l'âme des morts, l'esprit du mal, l'Antéchrist est incarné en elle et que par ce fait son corps se transformera d'une façon fantastique pour devenir la Bête de l'Apocalypse. Toutes ces souffrances atroces, indescriptibles ne sont rien, ajoute-t-elle, en comparaison de celles qui l'attendent. « Quand je vous décrirais tous les supplices des martyrs avec les expressions les plus fortes de toutes les langues humaines je ne pourrais pas vous donner une idée de l'ombre de mes souffrances. Ces supplices se compliquent de cette certitude absolue et affolante qu'ils seront le partage de mon mari, de mes enfants, de tous ceux que j'aime et de tout le genre humain... Si vous saviez ce que je souffre, si vous pouviez pendant un centième de seconde éprouver ce que j'éprouve alors vous croiriez. » Elle écrit à sa famille : « Oh ! que ne puis-je assez vous hurler ma douleur pour vous conjurer de la crier à tous les échos, conjurant l'Etre suprême de retirer ses infernales et irréparables malédictions ! Oh ! qui pourrait vous dire les

infernaux supplices de celle que l'Etre suprême fit femme, mère, fille, sœur, unie à tous par des liens de cœur si étroits pour la maudire en son printemps entre toutes les femmes ! Oh ! malheureux si vous comprenez mes incommensurables supplices vous verrez que pour moi le temps n'est plus, c'est-à-dire que sa durée ne peut plus être évaluée. » Elle termine ses lettres par ces formules : « Votre folle de douleur » ; à une autre : « Ma pensée ne vous quitte ni nuit ni jour car les morts dans leurs folles tortures se souviennent désespérément des vivants. Votre désespérée » ; à la même : « Je ne vous charge pas de baisers pour eux (ses enfants), mes lèvres sont maudites et mortes et ne savent verser que la hideuse mort. Votre désespérée. »

La cause de toutes ses souffrances provient de l'incarnation en elle d'un être de toute puissance dans le mal, la Bête formée d'une parcelle de l'âme de tous les morts et réunissant tous les esprits du mal. L'incarnation de la Bête s'entend de la pénétration de l'Esprit du mal, le corps de la Bête n'est pas en elle. Il s'agit uniquement d'une emprise, d'une infection de tout son être. Ses organes existent, mais ils sont déformés par cette infection. Elle paraît ainsi avoir une personnalité double puisqu'elle a l'air de vivre sans modification apparente, mais en réalité ce n'est pas elle qui vit, c'est l'Antéchrist qui vit en elle, elle ne peut maîtriser sa puissance infinie et se sent complètement dominée par lui. « Ce n'est pas moi qui vous parle, ce ne sont pas mes conceptions personnelles que j'exprime, mais celles de l'Etre qui est en moi et qui est l'antitype de mon premier moi-même. » Son âme est morte, Dieu a substitué à son âme vivante l'âme des morts par l'incarnation des esprits des morts, donc tout en gardant une apparence de vie elle est morte. Ayant l'âme des morts, elle n'a plus d'âme saine, donc elle est réprouvée. Elle ne peut pas mourir comme tout le monde de mort violente ou de maladie aiguë. Elle peut avoir diverses maladies mais non en mourir, si elle avait le corps coupé en deux, son cœur ne cesserait pas de battre, elle ne mourrait pas, on pourrait lui couper la tête sans la faire mourir. Elle est morte à la vie et éternelle dans la mort. Son désespoir est fait de cette certitude, que pour le temps comme pour l'éternité, elle est plongée dans les tourments. Mais son corps, à une époque impossible à préciser, à son tour subira une transformation visible et fantastique qui fera d'elle, au point de vue physique, la Bête de l'Apocalypse.

A la transformation de son être est inséparablement liée la transformation de tous les êtres. La fin du monde se

produira par l'infection généralisée. « Ce que vous appelez microbes, ce sont ce que les théologiens appellent esprits malins, qui prennent possession de notre être jusqu'à ce qu'ils nous tuent. » A la fin du temps, l'univers ne sera qu'un immonde charnier. « Vous admettrez bien, écrit-elle, que dans une épidémie de peste ou de choléra il n'est pas besoin d'armes pour décimer les contrées où se répand le fléau. Un temps viendra, je le jure, où un choléra infernal (dont j'ai en moi comme mes malheureux enfants le hideux secret) détruira la terre et ainsi se réalisera l'effroyable prophétie. » La terre sera infectée par ses habitants. « Mon malheureux corps que l'esprit de lumière ne vivifie plus et qui fait de moi, je le jure, un cadavre vivant tombera, sans que mon cœur cesse de battre, par lambeaux plus hideux que le corps d'un lépreux et, devenu fumier immonde, tel que n'en connut jamais la voirie, communiquera à l'Univers les miasmes morbides qui infecteront la terre et feront d'elle un immonde cancer, un immonde charnier. D'où la prédiction : « La malédiction dévorera la terre ». Oh ! malheureux, écrit-elle encore, si vous saviez où nous allons. Lisez dans vos paroissiens, plutôt que de vous contenter d'en considérer surtout l'élégante reliure, ce que le secret des atroces paroles mystérieuses peut cacher. Lisez les prophètes et voyez qu'il est écrit : « Un temps viendra où le prince sera comme l'esclave, le maître comme la servante, etc., etc., et qu'alors tout cœur d'homme sèchera, tout bras d'homme sera brisé, tout visage desséché comme par le feu, la terre infectée par ses habitants qui se regarderont dans la stupeur et se tordront dans l'angoisse comme la femme en travail, la malédiction dévorera la terre et tout se terminera par l'abomination de la désolation. » Ne tenez pas ces effroyables paroles pour négligeables puisqu'il vous est dit que de malheureux êtres recevront l'effroyable pouvoir de porter la malédiction de Dieu à la terre, à la mer et aux arbres. Ne comprenez-vous pas le sens horrible du seul mot Univers ? De même que Finistère veut dire fin de la terre, ne comprenez-vous pas qu'univers veut dire uniquement fait de vers, de pourriture, de charnier. Aussi par la voix d'Isaïe vous fait-il dire : « la malédiction dévorera la terre, la terre a été infectée, c'est-à-dire pourrie, par ses habitants... » La fin du monde ne se produira pas en un seul jour et rire de ceux et celles qui l'annoncent et l'annonceront est rire de notre désespoir à tous malheureux ! Elle ne se produira pas en un jour comme une sorte de grand cyclone ainsi qu'on se le figure généralement. Dieu la prépare depuis toujours, elle arrivera progressivement

par l'abâtardissement des races au moral comme au physique. La fin du monde signifie la transformation d'un monde d'êtres à peu près normaux en êtres immondes fabuleux, infiniment au-dessous du pourceau. Voilà pourquoi les bêtes de l'effroyable Apocalypse sont douées du pouvoir de porter tous les maux à la terre, à la mer et aux arbres... Dieu a fait, je le jure, dans ses hideux desseins, de mon malheureux J., de moi et des infiniment misérables petits êtres nés de nous (après l'immonde incarnation de 1896) ceux que dans ses livres infernaux (soi-disant saints !) il fait appeler par la voix d'Isaïe, un de ses plus grands prophètes : « Ses vases d'iniquités », c'est-à-dire les innocents dans lesquels il a de toute éternité décidé de concentrer toutes les iniquités, toutes les tares du monde par des moyens surnaturels qui vous échappent et que connaissent seuls ceux qui en sont victimes, ceux qu'il appelle encore dans son immonde Apocalypse « Les quatre bêtes mystérieuses (allusion à ses quatre enfants), la bête à sept têtes, etc., etc. », ailleurs encore : « Les vases de sa fureur ». Vous savez qu'il est dit, dans les légendes au moins, que l'Antéchrist viendrait du Morbihan. Hélas ! j'affirme que je le suis. Souvenez-vous que l'invraisemblable peut être vrai, qu'on vous a dit que la fin approcherait lorsqu'on verrait des choses considérées jadis comme invraisemblables : les hommes volant, les voitures marchant sans chevaux, etc., etc. Sans parti pris, considérant qu'une autre qu'une folle — selon vous — autrement que de désespoir, vous fait toucher du doigt la réalité hideuse réfléchissez ! Mais je sais que vous qualifierez d'inepties tout ce que je vous écris ici, dont vous ferez porter le poids à mon imagination malade, hélas ! hélas ! oui ce sont en effet, je le crie combien plus haut que vous-mêmes, d'immondes inepties mais des inepties effroyables, d'infemales réalités qui font que Dieu se sert et surtout se servira, je le jure de plus en plus, de malheureux êtres innocents (après avoir incarné en eux des puissances malsaines horribles) pour réaliser les effroyables prophéties dans lesquelles il annonce que : « Le Seigneur, le Dominateur enlèvera toute la force du pain, toute la force de l'eau. » Enlever les forces de quelqu'un, n'est-ce pas lui enlever la vie ? Si les hommes (et surtout ceux qui se font les apôtres d'une pareille religion) n'avaient sur les yeux un bandeau plus épais que le monde, ils comprendraient qu'il leur est prédit ainsi, en langage déguisé, que Dieu, à la fin des temps, vouera l'humanité au mal. Voilà pourquoi il dit encore : « Les ténèbres couvriront la terre », ce qui, imbéciles que nous sommes, ne veut pas seulement dire qu'il

fera nuit, mais que les puissances de ténèbres, c'est-à-dire le malheur, le mal dans toute sa hideuse horreur, remplacera le bien. Alors à quoi bon le travail, à quoi bon l'effort puisque destinés à périr. Ceux qui cultivent la terre sont insensés, a dit le prophète. Par pitié, lisez ces horribles prophéties dont j'ai en moi les hideuses clefs mystérieuses..... Vous malheureux, ne pouvez comprendre la douleur que dans les limites humainement connues et, ce qui est plus fort, selon les apparences, seules visibles à vos yeux. Ainsi quand bien même m'arracherais-je la chair, je n'arriverais nullement à vous convaincre que de formidables et hideuses contingences vous échappent, que je suis véritablement l'Antéchrist et que l'Antéchrist véritable n'est pas, comme on le croit, un homme venant pour dire du mal du Christ, mais au contraire une famille de chrétiens militants et maudits (contre toute apparence de raison et de vraisemblance) par Dieu du fait de l'incarnation de la bête immonde dans la mère, perdant de ce fait père, mère, enfants, étroitement unis par les liens de l'âme et du sang. Une fois encore, je vous jure que mes malheureux petits êtres ont en eux le sang du maudit, ne possèdent pas plus que moi, ni leur malheureux père dans la mort, leur libre arbitre, que sur terre livrés invisiblement à la trop naïve crédulité des uns, combinée avec leur innocence et la malice malsaine des autres, ils seront dès la vie les victimes du plus incompréhensiblement hideux des destins. »

En incarnant en elle l'esprit du mal, Dieu a incarné en elle toutes les abominations et a fait d'elle une créature immonde. Sa sensibilité s'est accrue, mais dans un sens mauvais. Elle ne peut plus que haïr. « J'aime mes enfants, ajoute-t-elle, non pour moi, mais pour eux. Je les aime avec mon intelligence et non avec mon cœur, car les morts ne peuvent pas aimer. Je les aime de mon désespoir de ne pouvoir plus les aimer ». Chargée de toutes les malédictions, elle fait le mal inévitablement et cause le malheur de tous. Elle fait souffrir les membres de sa famille, ses pauvres enfants et toutes les créatures humaines. Elle n'a que des pensées mauvaises, malsaines, ordurières, révoltantes, involontaires. Elle est assaillie de tentations horribles. Volontiers elle prononce des paroles grossières, en désaccord avec son éducation, pour démontrer le changement survenu en elle. Pour caractériser l'état de déchéance où elle est tombée, elle écrit à sa famille : « Si vous saviez ma torture de vivre au milieu d'êtres qui à vous paraîtraient dégoûtants et hideux et qui à moi me semblent si beaux comparés à ce que je suis devenue. Où que vous me transbordiez, je serai

toujours le hideux macchabée, le croquemort, le restant de bordel, la femme qui a fait des bâtards, la vache crevée, le quartier de charogne, etc., etc... Paroles dures à entendre pour une femme et une mère qui n'a point démerité mais qui étant prise dans un piège infernal proteste, mais n'a pas le droit de protester, tant ces paroles sont des roses, entendez-vous, comparées à la déchéance où Dieu m'a plongée... Si vous saviez, vous ne voudriez jamais me mettre en contact avec aucune créature, m'infliger la torture de me donner, malgré moi-même, en perpétuel spectacle d'horreur à des êtres que jadis j'aurais considérés comme « des déshérités », des déchus, des brutes et qui comparés à moi sont actuellement si beaux dans leur hideur qui ferait vomir de dégoût, en attendant l'heure où vous-mêmes ne serez plus que des bêtes immondes déchues. Mettez-moi par pitié dans un endroit où je serai seule, sans témoin de mon incompréhensible et grossier désespoir, je ne peux que vomir des paroles immondes et vous qui m'avez connue éprise de beauté devez comprendre si je dois continuer encore à me trouver en société, puisque je suis la bête immonde qu'hélas ! on ne peut tuer, pas plus que je ne puis me tuer, étant morte vive. Encore une fois isolez-moi de tout et, dans la mesure du possible, oubliez-moi. »

Mais en incarnant en elle l'Esprit du mal, Dieu lui a fait connaître la vérité, car l'Esprit du mal a égalé Dieu. Lucifer veut dire qui connaît la vérité.

Il n'y a pas de raison pour qu'elle ait été choisie pour incarner l'Antéchrist, pas plus qu'il n'y a de raison que Dieu se soit incarné dans le fils d'un charpentier ou que la foudre tombe dans un endroit plutôt que dans un autre. Dieu cependant a ses raisons qui n'ont rien de commun avec la logique humaine. Pour démontrer en tout cas que ce qui lui arrive est bien le résultat d'une horrible fatalité, elle insiste sur ce fait qu'avant de ressentir ses premières souffrances elle n'avait pas de piété exagérée, n'avait jamais lu de livres de théologie, de légendes, de magie, de sorcellerie, de possession. Ce ne sont pas non plus des épreuves morales qui ont orienté son esprit dans cette voie. Elle s'était mariée suivant ses inclinations, était heureuse en ménage, n'avait éprouvé aucun revers de fortune, avait des relations agréables. Ce ne sont pas enfin des souffrances physiques naturelles qui l'ont éclairée et ont fait naître sa conviction. Elle fait spontanément cette remarque que sa sensibilité n'est pas naturellement exagérée donnant comme exemple les douleurs de l'accouchement qu'elle a toujours courageusement supportées et qui ne lui ont jamais

paru excessives. L'entérite qui a suivi de près l'apparition des premières douleurs n'avait pas une cause naturelle, elle était due à l'infection causée par la Bête. Si la douleur s'est atténuée pendant un certain temps, c'est par l'effet d'un sortilège. Elle a néanmoins toujours eu la conviction qu'elle avait eu quelque chose d'extraordinaire, plusieurs fois elle a demandé à son mari, dans le cas où elle mourrait la première, de lui faire ouvrir le côté pour voir ce qu'elle avait eu. Elle ne pensait pas qu'on aurait trouvé une bête, mais des désordres causés par l'esprit diabolique. La suspension, ou plus exactement l'atténuation de ses douleurs, a d'ailleurs une raison d'être. Son malheur n'aurait pas été complet si Dieu ne lui avait pas donné le temps d'être épouse et mère pour être ensuite privée de ces joies.

« Je suis en révolte contre Dieu, je ne trouve pas de mot pour exprimer ma haine, mon mépris pour m'avoir choisie, moi pure et innocente, pour incarner la Bête de l'Apocalypse. Cependant ce que je subis m'inspire un sentiment d'horreur telle, que si j'avais un jour en bien la puissance de mal qu'il a mise en moi, je voudrais lui rendre en bien tout le mal qu'il m'a fait, mais je voudrais que l'humanité entière sache les secrètes et infernales tortures par lesquelles il m'a fait passer. » Dieu est le grand Méchant, l'Esprit de cruauté parce que Dieu, jugeant de pauvres êtres comme nous, nous sommes à l'avance condamnés. Il est surtout méchant à ce point de vue.

Il ne peut se venger de nous parce que nous ne pouvons lui faire aucun mal. « Les anciens, qui n'étaient pas plus bêtes que nous, disaient : « La vengeance est un plaisir des dieux ». Oh ! combien, en disant cela même, ils étaient au-dessous de l'effroyable vérité. Voyez-vous l'ironie de la vengeance d'un Dieu s'adressant à des pucerons tels que nous !

« N'a-t-il pas dit : « Je suis un Dieu jaloux », ce qui, pour qui sait comprendre, veut dire un Dieu égoïste qui sacrifie tout à sa puissance qu'il ne peut varier indéfiniment, entretenir immortellement que moyennant les supplices du feu dans lequel il plonge les masses innombrables qu'il tue. Dieu nous aime comme nous aimons les bêtes que nous tuons, nous aimons le poulet, les bestiaux, et, parce que nous les aimons, nous les tuons. Hideuse façon de prouver notre amour. De même que nous nous nourrissons des bêtes, Dieu qui nous a faits « à son image et à sa ressemblance » se nourrit de nos âmes qu'il expulse de nos corps au moyen de puissances de mal effroyables qui, se substituant chaque jour aux puissances vitales qui sont en nous,

nous tuent les uns prématurément, les autres plus tardivement selon que les aimants de malfaisance, qui sont en nous pour les attirer, sont plus ou moins puissants. C'est ce que par une ironie horrible l'Etre suprême appelle « séparer l'ivraie du bon grain ». Il prend pour lui le bon grain et rejette l'ivraie à la nature pour réensemencer la terre maudite !... Comment pouvez-vous admettre qu'une création qui a à sa base le serpent, c'est-à-dire la trahison, l'arbre de la science du bien et du mal, comment pouvez-vous admettre que tout ce fatras infernal ne cache pas la malfaisance dans une mesure impossible à soupçonner.... Fous qui bourrez, comme je l'ai fait, hélas ! les crânes de vos pauvres petits de fausse science à tous les points de vue, fous qui bâtissez des châteaux en Espagne qui tous crouleront comme des châteaux de cartes dans d'insondables abîmes, lorsqu'ici-bas tous auront accompli leur mission toute faite de malfaisance pour les créatures entre elles et de profit pour l'Etre suprême ! Quand je pense avec quelle folle ardeur j'ai entraîné mari, enfants, famille, etc., aux pratiques de cette religion que je croyais si pure alors même que j'étais, sans l'avoir pu admettre ni comprendre, la proie des puissances infernales les plus obscènes, engageant les uns et les autres à se nourrir d'un pain que je croyais le pain de vie immortelle et qui est pétri de toutes les pourritures du monde... Si vous saviez ce que je sais vous comprendriez que toutes les forces de la nature, sans exception, sont des forces de malfaisance : vent, pluie, neige, soleil, foudre, volcans, sables mouvants, mer d'huile ou en furie. Forces brutales si incontestablement mauvaises que pour vivre il nous faut lutter avec elles, essayer de nous protéger sans cesse contre elles, sans lesquelles cependant nous ne pouvons vivre. La chimérique ironie qu'est notre passage ici-bas, il faut nous protéger du froid, nous en préservant le simple passage du froid à la chaleur ou inversement peut nous tuer, un simple courant d'air, une averse, une insolation, un miasme infectieux peuvent en un instant venir à bout d'un être qui nous semble un colosse ! Pour ce qui est du corps : miasmes infectieux, microbes, insalubrité des régions, la science admet ce que les yeux du corps voient ; pour ce qui est de l'âme — parce que les créatures bornées et imbéciles ne voient pas — elles ne veulent pas admettre que des puissances malfaisantes, invisibles puissent s'attaquer à l'esprit, à l'âme, les tuer en même temps que le corps ; aucune âme saine dans un corps malsain ne pouvant exister, je le jure. »

Dieu est l'être féroce et infiniment cruel. « Malheur

à la femme enceinte ! contient toutes les malédictions puisque tout est compris dans la maternité, la mère étant la famille tout entière, la famille étant la patrie, la patrie l'Eglise, grande famille universelle, c'est la haine vouée au genre humain. » Elle insiste sur cette prédiction en faisant allusion au réveil de ses souffrances pendant sa dernière grossesse. « Il n'y a pas de rédemption puisque tout finira par l'abomination de la désolation. Singulières promesses de bonheur pour fruit de notre amour pour Dieu. Comment vous qui êtes des sages et moi incontestablement une folle, selon vous, pouvez-vous concilier l'amour sans stratagème d'un Dieu pour l'humanité avec de semblables promesses. »

Dieu nous trompe par toutes sortes de commandements et de prophéties. Je suis véritablement un Dieu caché sont ses paroles. La religion n'est qu'un ensemble de symboles dont elle a pénétré le sens. Notamment quand Dieu dit : « Vos larmes seront changées en joies » ne veut pas dire que les souffrances de la terre nous vaudront des récompenses, mais que les larmes que nous avons versées jusqu'à ce jour comparées aux souffrances des morts nous paraîtront des joies. Cette parole « le voile du temple se déchirera » a un sens caché. Le temple c'est notre corps qui renferme notre âme. Ces paroles s'appliquent à la créature dans laquelle Dieu a incarné la Bête, son corps se transformera pour devenir la Bête. De même saint Paul a dit : « Le genre humain subira une transformation subite ». Le Christ a pris la forme d'un enfant qui est aussi celle de l'Amour, or l'Amour est un enfant trompeur. L'enfant est aussi l'emblème de l'innocence. Dieu a pris cette forme pour mieux nous tromper, attendu qu'il ne peut être innocent puisqu'il connaît le mal dans le passé, le présent et l'avenir. Dieu a dit à ses apôtres : « Vous serez pêcheurs d'hommes ». Il a dit aussi : « L'homme ne se nourrit pas seulement de pain mais aussi de la parole qui tombe de la bouche de Dieu ». Or on prend les poissons avec des appâts, de même la parole des apôtres représente l'appât tendu à l'humanité. Comme signe d'alliance traîtresse, il nous donne son arc-en-ciel, aux couleurs séduisantes, prisme menteur auquel se laissent prendre les alouettes. Quoi de plus perfide que l'arc dont l'Eglise avec ses clochers symbolise les flèches ! Comme signe de rédemption, il nous a donné la croix par dérision. Ne fait-on pas une croix sur les choses à jamais perdues ou n'ayant plus de valeur ? Parfois ses arguments reposent sur de simples jeux de mots : L'Arche est un bateau, monter un bateau à quelqu'un c'est lui en raconter, le tromper, le duper, — la terre est ronde et elle roule et nous sommes

roulés dessus, — Dieu nous a appelés chrétiens par analogie avec crétins. Toutes les expressions qu'on trouve dans l'Ecriture ne sont que des symboles. Ainsi tout est à double sens et porte la trace d'une monstrueuse ironie qui se révèle maintenant car Dieu a dit aussi : « Un temps viendra où je ne vous parlerai plus par paraboles ».

Ainsi qu'il apparaît suffisamment, aux idées mystiques s'ajoutent des idées de persécution qui la font se répandre en imprécations contre le Dieu méchant qui se complaît dans les tortures humaines et en particulier dans celles qu'il lui fait subir. Idées mystiques et idées de persécution sont intimement combinées, ont la même origine et une égale importance. On pourrait même dire, qu'en la circonstance, le délire ne revêt un caractère mystique que par le fait que la malade attribue à des causes surnaturelles ses souffrances physiques et son malheur immérité. D'autre part, à ces idées de persécution sont liées des idées de grandeur qui s'affirment dans cette conception même qu'elle est l'Antéchrist, conception pour laquelle sa famille, dit-elle, lui a fréquemment reproché son orgueil, mais aussi dans cette opinion qu'elle possède des connaissances exceptionnelles, car au niveau du cœur elle a un cerveau pensant et parlant qui lui révèle l'avenir comme à d'autres parle la voix de la conscience. Ces vérités, elle les tire aussi de son intelligence, car, dit-elle, cette dernière existe toujours et même, sous l'influence d'une continuelle réflexion, s'est accrue, ce qui lui permet de comprendre des choses dont le sens lui échappait tout d'abord. A certains moments, elle se sent capable de faire des dissertations métaphysiques sans avoir étudié la philosophie ni la théologie. Non seulement l'intelligence mais aussi la raison, ajoute-t-elle, s'est développée. Toutes ses déclarations d'ailleurs révèlent un sentiment très net de supériorité. De fait, il existe chez la malade un état d'excitation intellectuelle qu'elle interprète dans le sens qui vient d'être indiqué. L'esprit toujours tendu, elle pense continuellement au même sujet. Obsédée par ses idées délirantes, elle les exprime spontanément et sans cesse mettant le plus grand acharnement à les défendre dans le but de les imposer aux autres, alliant ainsi la conviction la plus ardente au prosélytisme le plus actif. Elle écrit de longs mémoires pour exposer et prouver ses assertions, appelant la controverse mais s'irritant à la moindre objection, notamment quand nous lui représentons que l'écrit du sombre visionnaire de l'île Pathmos, l'Apocalypse où elle puise toute la force de son argumentation, ne fait que retracer sous une forme allégorique des événements d'une actualité

particulièrement impressionnante comme la fin du règne de Néron, tout en reflétant une opinion d'abord propagée par saint Paul, puis communément répandue parmi les Juifs de la première génération chrétienne, la croyance à la fin du monde prochaine, reportée plus tard à l'an mil. Elle écrit à sa famille : « Mais à quoi bon vous dire ces choses, le dos au feu, le ventre à table, comment pourriez-vous soupçonner que très réellement ignorée de tous et jetée chez les fous une malheureuse nuit et jour crève de douleur et de désespoir sans en pouvoir crever. Vous hurlerais-je dans de désespérés cris de douleur mes atroces supplices que vous êtes trop sûrs de votre impeccable jugement, appuyé sur de malheureux docteurs, dont les soins et la science sont une ironie grotesque, pour essayer de voir à la source où je vous dis de chercher s'ils ont une apparence de réalité, de raison d'être. Votre incrédulité est, je vous le jure, malheureux, plus insultante pour ma douleur sans espérance que les plus ordurières insultes qui s'ajoutent ici à mon pain quotidien d'inférieure horreur. » Ce qu'elle sait et ce qu'elle annonce elle veut le porter à la connaissance des personnes qui lui semblent le mieux qualifiées pour recevoir ses avertissements. Un jour, elle nous demande une lettre d'introduction auprès de l'évêque de Vannes, elle a écrit deux fois à Monseigneur Amette, plusieurs fois également au pape. Dans une lettre adressée à Benoît XV, pendant son séjour à l'Asile de Lesvellec, elle crie pitié pour sa situation dont elle donne un aperçu, supplie le pape « de réclamer de son sang afin qu'il en soit extrait pour lui être envoyé et qu'ensuite Rome et la terre s'unissent à sa voix pour conjurer le Dieu qui a prédit que l'Univers sécherait de frayeur et que tout se terminerait par les Ténèbres horribles, c'est-à-dire l'Enfer de l'abomination de la désolation, de rendre à ce sang, qui condense toutes les malédictions, la force de la vie de l'âme, de toutes les puissances de l'Être, de l'amour sans prestiges mensongers avec l'amitié vraie de Dieu, d'avoir pitié de nos prières et de retirer les effroyables malédictions jetées par lui sur ce sang, sur les mondes connus et inconnus. » Elle termine par ce pressant appel : « Oh ! que ne puis-je en un incommensurable et macabre cri de désespoir condenser en des hurlements de douleur qui fendant les nues et traversant l'espace traduisent à votre Sainteté les infernales tortures qui broient tout mon être ! » A cette lettre était joint un long mémoire auquel nous avons fait de nombreux emprunts.

Nous avons précédemment signalé son intolérance pour toute opinion ne concordant pas avec la sienne et le frois-

sement qu'elle éprouve en ne rencontrant pas l'approbation d'autrui, cependant l'incrédulité qu'elle constate, le fait de se trouver dans une maison d'aliénés ne la surprennent ni ne la troublent. Elle rappelle les exemples de Galilée, de Christophe Colomb, de Jeanne d'Arc, qui, annonçant une vérité, ont été traités de fous. Aux médecins elle demande : Est-ce que je vous produis l'impression d'être une folle ? Trouvez-vous que je suis une folle ordinaire ? Ce que je vous dis est-ce logique ? Avouez que vous n'avez jamais vu ça.

Le 21 avril 1919, veille du jour où elle doit être transférée à l'Asile de Fleury-les-Aubrais, elle s'évade, pendant la nuit, de l'Asile de Lesvellec. En cours de route pour se rendre à Paris où elle a de la famille, elle nous adresse la lettre suivante :

« Monsieur, essayer de vous faire comprendre quelles vertigineuses tortures ont motivé ma décision est inutile. Pour ce qui peut être compris de tous, je me bornerai à vous dire, Monsieur, que dans l'état atroce où je suis comme je ne pouvais éviter, lors de mon départ (tant à Lesvellec qu'au Père Eternel), en revoyant une dernière fois mes misérables petits êtres, une scène dramatique, atroce, si contraire à toutes les aspirations de mon être, j'ai fui seule, maudite et désespérée pour y échapper.

« Hélas ! que ne puis-je me tuer, je ne le tenterai même pas, puisque la mort (telle que vous l'entendez ne veut point de moi) et ne m'offre qu'abîmes de tortures.

« Ecrivez à mes frères de ne se déranger nullement, je me rendrai moi-même désespérée, broyée de douleur là où ils ont décidé de m'envoyer, transférant mon cadavre ; je leur aurais été reconnaissante, si tel avait été le destin, de me mettre seule en pleine campagne (quelque chose comme la maison isolée de tous que j'habitais à Arradon), infiniment plus isolée même encore si possible, puisque je suis une bête immonde que nulle part on ne pourra supporter !!

« Une fois encore, je le jure, avant de me rendre aux environs d'Orléans, j'ai voulu tenter encore un appel de pitié suprême vers le Dieu féroce et cruel qui m'a châtiée entre toutes les mères avec mon infortuné mari et nos innocents, voués au plus incompréhensible et immanquable destin d'abomination et de désolation !!!

« Ecrivez à mes frères que je me rendrai moi-même avant peu dans le nouvel antichambre d'enfer dont je devrai faire mon paradis, à moins qu'ils ne me trouvent un réduit quelconque où je cache, dans la mesure du possible,

la déchéance hideuse dans laquelle le grand Méchant m'a plongée et surtout me plongera. Que seront nos tortures lorsque nos innocents partageront notre destin d'horreur !

« Nos malheureux enfants ont appris à la conciergerie comme un coup de foudre qu'ils devraient le lendemain ne plus revoir leur mère !! »

Cette observation appelle divers commentaires.

D'abord, au point de vue étiologique, il est à noter que le délire dont nous venons d'indiquer les caractères est la rechute d'une psychose qui s'est ainsi manifestée par deux crises présentant de nombreux symptômes communs, survenues l'une à l'âge de 22 ans, l'autre à l'âge de 42 ans, séparées par une période de guérison apparente de 15 années, pendant lesquelles cette personne s'est mariée et a eu plusieurs enfants. A l'origine de chacune des crises, nous trouvons deux facteurs ayant pu déterminer leur apparition : un facteur moral et un facteur physique. Pour la première crise, à début brusque, le facteur moral auquel la famille a attribué l'apparition des troubles mentaux est l'abandon d'un projet de mariage, particulièrement cher à cette jeune fille sentimentale ; le facteur physique est cette crise d'entérite muco-membraneuse qui, dès le surlendemain des premières manifestations psychiques, s'est révélée par des signes apparents, crise d'entérite vraisemblablement compliquée de lésions ulcéreuses à l'estomac comme l'a montré la radiographie faite peu de temps après la guérison de ce premier accès. Pour la deuxième crise, à début plus lent et à marche progressive, le facteur moral est la forte impression provoquée d'abord par la déclaration de guerre chez une femme dont le mari est officier, et peu de temps après par la blessure et la mort de ce dernier. Le facteur physique auquel on peut attribuer un certain rôle est l'état gravidique pendant lequel s'est manifesté tout d'abord un changement d'humeur et de caractère, mais, ajoute la malade, c'est seulement pendant qu'elle nourrissait son malheureux dernier enfant qu'elle a eu complètement conscience de son effroyable malheur. Il faut signaler aussi le développement d'une dilatation avec ptose de l'estomac ultérieurement constatée par l'examen radioscopique,

enfin une recrudescence de l'entéro-colite muco-membraneuse. En 1904, au Congrès de Pau, Mirallié a insisté sur l'importance de cette affection intestinale comme point de départ du délire de possession. Dans les trois observations qu'il a rapportées, les sensations subjectives exactement perçues étaient interprétées d'une façon délirante et absurde soit dans le sens de la zoopathie dont l'intensité suivait parallèlement les recrudescences et les accalmies de la maladie, soit dans le sens d'un délire de grossesse. Mais on conçoit que l'idée de possession, ayant le même point de départ, puisse, comme chez notre malade, revêtir une forme différente en quelque sorte plus épurée. Parlant des conditions dans lesquelles le délire se développe chez les personnes atteintes de gastropathie et plus particulièrement d'entérite muco-membraneuse, Mirallié estime avec d'autres auteurs que la coexistence d'un terrain spécial hystérique ou héréditairement taré au point de vue nerveux est un élément nécessaire. Rappelons que pour un certain nombre d'auteurs l'entérite muco-membraneuse ne serait qu'une névrose sécrétoire et motrice de l'intestin dont le point de départ serait dans une irritation du sympathique. Cette origine nerveuse de l'entéro-colite muco-membraneuse expliquerait l'explosion facile des idées délirantes chez les prédisposés.

En ce qui concerne notre malade, nous devons signaler son tempérament névropathique, nervosisme que l'on retrouve chez les ascendants et les collatéraux. Ce tempérament participe à la fois de la dégénérescence et de l'hystérie que l'on peut considérer comme une forme différenciée de la dégénérescence. Ce terrain spécial nous explique l'intensité des troubles sensitifs qui paraissent avoir joué un rôle si important dans la genèse des idées délirantes. Sans doute, quiconque a intimement connu des personnes atteintes d'entérite muco-membraneuse a pu constater combien les troubles de la sensibilité générale sont développés chez certains de ces malades et influent sur leur caractère, l'entérite se compliquant fréquemment d'entéronévrose, quand la névrose n'est pas préexistante. Cette association en tout cas rend compte de ces sensations qu'éprouvent les

malades, si vives, si variées et paraissant souvent si peu en rapport avec un point de départ intestinal. Il en est ainsi, croyons-nous, chez notre malade qui nous paraît être une névropathe se rapprochant par certains côtés des hystériques. Les caractères de son hyperesthésie ou plus exactement de ses hyperalgies rappellent absolument ceux de la grande névrose. Les autres manifestations, dont elles s'accompagnent : besoin de crier, de se rouler par terre, nous confirment dans cette opinion, bien que jamais nous n'ayons constaté de crises convulsives véritables.

A signaler aussi le tempérament érotique du sujet, son caractère romanesque, sans prédisposition cependant au mysticisme, c'est du moins ce que la malade affirme spontanément, en déclarant que jamais auparavant son esprit n'avait été particulièrement attiré vers les choses de la religion qu'elle pratiquait sans exagération.

Au point de vue clinique, la psychose de notre malade se caractérise par les traits suivants : Tout d'abord elle se manifeste sous la forme d'un délire d'emblée, apparu brusquement, pourvu dès le début de ses principaux éléments constitutifs et s'accompagnant d'un certain degré d'agitation. Ce délire est en étroite relation avec des troubles cœnesthésiques ayant eux-mêmes un substratum organique mais présentant d'autre part un caractère névrosique. Il disparaît avec ces troubles pendant une longue période puis réapparaît dans les mêmes conditions, mais d'une façon progressive. Au début, quelques hallucinations paraissent bien avoir existé : hallucinations élémentaires de l'ouïe (perception d'un bruissement dans les rideaux) et hallucinations motrices (sensation d'être projetée hors de son lit). La malade signale encore que plus tard, au début de mars 1915, une voix lui a dit la nuit : « Tu es l'Antéchrist, tes enfants sont maudits en toi, la fin des temps est proche », et que depuis les révélations se sont succédées sans interruption, mais elle ajoute que cette voix partait de son corps. D'après ces déclarations, il semble qu'il s'agit en l'espèce non pas d'hallucinations auditives verbales, mais d'hallucinations psychiques. La malade ajoute d'ailleurs qu'elle a au niveau du cœur

un cerveau pensant et parlant, qui lui révèle l'avenir comme à d'autres parle la voix de la conscience et elle explique que c'est par un développement de son intelligence et de sa raison qu'elle a compris et découvert les choses qu'elle annonce. Ainsi, l'hallucination dans ce cas n'est qu'un élément épisodique et secondaire. Au contraire, les interprétations morbides nous paraissent avoir joué, pour l'édification du délire, un rôle prédominant sinon exclusif. Ces interprétations ont été mises en jeu par les troubles de la cœnesthésie particulièrement développés chez la malade, troubles qui tout en ayant un point de départ organique ont été considérablement amplifiés par l'état névropathique du sujet. Tout d'abord étroitement liées aux troubles cœnesthésiques, dont elles ne sont que le reflet déformé, ces interprétations s'étendent par la suite à un domaine beaucoup plus vaste que celui des sensations internes. Malgré leur multiplicité ces interprétations se rapportent toutes au même système, de telle sorte que lorsque son raisonnement s'exerce sur d'autres sujets, la malade paraît avoir conservé toutes ses facultés logiques. Son délire apparaît donc essentiellement comme un délire systématisé, édifié par le mécanisme des interprétations morbides et des constructions imaginatives, délire dont il convient en outre de noter l'évolution progressive.

Non seulement, au cours de son évolution, ce délire s'est enrichi d'éléments nouveaux le complétant de plus en plus au point de vue mystique, mais encore simultanément avec les idées religieuses, se sont développées des idées de persécution et de grandeur, intimement unies aux premières, cependant suffisamment reconnaissables et suffisamment importantes pour qu'on puisse présentement avancer qu'il s'agit d'un délire de persécution et de grandeur revêtant une teinte mystique par le fait que la malade attribue à des causes surnaturelles ses souffrances physiques, et de la même façon, explique toutes ses conceptions et ses sentiments.

Aux idées délirantes de persécution et de grandeur mystiques sont liées des idées de possession d'une nature spéciale. Il ne s'agit pas en l'espèce d'une posses-

sion corporelle, mais d'une possession par l'esprit. L'Antéchrist ou la Bête, formée d'une parcelle de l'âme de tous les morts et réunissant tous les esprits du mal, la pénètre et l'anime. A vrai dire, les idées de persécution et de grandeur de la malade sont subordonnées à cette idée de possession. C'est là l'origine et la cause de ses tourments, c'est la principale raison pour laquelle elle considère Dieu comme le grand Méchant, l'Esprit de cruauté, c'est ce qui lui confère une supériorité dans le mal, c'est ce qui explique ses connaissances exceptionnelles, puisque Lucifer veut dire qui connaît la vérité.

A cette idée de possession correspond une transformation de la personnalité comme il apparaît dans ce propos de la malade : « Ce n'est pas moi qui vous parle, ce ne sont pas mes conceptions personnelles que j'exprime, mais celles de l'Etre qui est en moi et qui est l'antitype de mon premier moi-même. » L'idée de possession chez la malade a, nous l'avons vu, pour origine des troubles de la cœnesthésie interprétée d'une façon délirante. M. Séglas (1) signale que chez les persécutés psycho-moteurs ou persécutés possédés les troubles de la sensibilité viscérale sont beaucoup plus accentués que chez les persécutés sensoriels accusant plutôt des troubles de la sensibilité périphérique. Il fait remarquer à ce propos que « les sens externes n'interviennent que d'une façon secondaire dans la conception de la personnalité dont la base première est dans le sens du corps, la cœnesthésie. Ils la circonscrivent, la déterminent, mais ne la constituent pas. Leur apport est secondaire ; ils ne renseignent que sur le dehors et non pas sur le dedans. Ils sont l'origine de la connaissance et non de l'idée du moi... D'ailleurs le peu d'influence des hallucinations sensorielles sur la constitution de la personnalité est bien mise en évidence par l'examen clinique des malades... Si vous étudiez la genèse et la nature des hallucinations chez les persécutés sensoriels, vous voyez qu'elles reproduisent seu-

(1) SÉGLAS. — Les persécutés possédés. Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, Paris, 1895.

lement la propre pensée du malade et ne sont que le reflet des préoccupations délirantes inhérentes à la constitution de l'individu. M. Chaslin a bien mis en lumière ce caractère de persécuté, toujours méfiant, soupçonneux, sans cesse aux écoutes, adaptant d'abord à son délire toutes les sensations normales qu'il éprouve. Ainsi naissent les idées délirantes et aussi les illusions. Puis plus tard, le délire prend la forme hallucinatoire qui n'est que la répercussion de la pensée même du malade. » Le délire des persécutions à forme sensorielle, dit encore M. Séglas, représente dès le début un manque d'adaptation au milieu extérieur, une perception inexacte de l'humanité s'exagérant jusqu'aux idées délirantes dont les hallucinations sensorielles ne sont que l'expression la plus complète. Sans doute, la personnalité subit une évolution anormale chez les persécutés sensoriels en ce sens que les malades prennent conscience d'une personnalité jusqu'alors méconnue ou imparfaitement connue, mais cette personnalité toujours en rapport direct avec le fond intellectuel de l'individu lui-même est parfaitement identifiée par ce dernier, il ne s'agit pas, comme chez les persécutés possédés d'une personnalité nouvelle, étrangère, née dans la conscience du malade et formée de toutes pièces sous l'influence des troubles de la cœnesthésie, eux-mêmes accidentels et dus à une perturbation organique. Les idées délirantes plus spéciales qu'expriment ces malades, ajoute M. Séglas, affectent vis-à-vis des hallucinations un rapport inverse de celui qui existe chez les persécutés systématiques ordinaires avec les hallucinations sensorielles. Chez ces derniers, l'hallucination sensorielle n'est que l'expression dernière, la plus caractérisée des tendances délirantes ; chez les persécutés possédés, les nouvelles idées délirantes ne sont plus que l'interprétation des phénomènes divers qui ont amené le dédoublement de la personnalité. On peut aussi remarquer à ce propos combien différente est la genèse des hallucinations auditives chez les persécutés sensoriels et des hallucinations cœnesthésiques chez les persécutés possédés. Les premières ont une origine intellectuelle, psychopathique ; les secondes

une origine organo-névrosique. Quant à l'hallucination visuelle, elle apparaît la plupart du temps comme un phénomène d'ordre toxique ou névrosique.

Cette désagrégation de la personnalité atteint chez notre malade son plus grand développement. Il ne s'agit pas en l'espèce d'un simple dédoublement, mais chez elle la personnalité nouvelle, dont les éléments constitutifs sont de plus en plus nombreux et persistants, a fini par envahir jusqu'à l'effacer presque, en se mettant au premier plan, le schéma de l'ancienne personnalité. Elle paraît, dit-elle, avoir une personnalité double, mais en réalité ce n'est pas elle qui vit c'est l'Antéchrist qui vit en elle. Ainsi le sujet est arrivé à s'identifier complètement avec l'Esprit supérieur qui le possède et se considère lui-même comme un être supérieur et exceptionnel. De plus en plus réduite, l'ancienne personnalité est niée par la malade. Son âme, dit-elle, est morte, Dieu a substitué à son âme vivante l'âme des morts par l'incarnation des esprits des morts, donc tout en gardant une apparence de vie elle est morte.

L'idée d'immortalité complète la précédente. Dans les conditions exceptionnelles où elle se trouve la malade ne peut mourir comme tout le monde. Elle est, dit-elle, morte à la vie et éternelle dans la mort. Cette transformation de la personnalité, ces idées de négation et d'immortalité peuvent être considérées comme le point summum, l'aboutissant de la possession. Toutefois, présentement encore, il s'agit uniquement d'une possession par l'esprit, d'une transformation et d'une négation de la personnalité morale ; tout en étant déformés, ses organes existent et elle a l'air de vivre comme tout le monde, son corps même ne peut périr dans les conditions ordinaires, mais il se renouvellera, sans que son cœur cesse de battre, ses chairs tomberont en lambeaux qui communiqueront l'infection à la terre et en même temps elle subira une transformation visible et fantastique qui fera d'elle au point de vue physique la Bête de l'Apocalypse.

Un dernier trait du tableau clinique est le caractère exclusif, obsédant, toujours actif et envahissant du délire, qui porte le sujet au prosélytisme.

Tels sont les éléments constitutifs essentiels de la psychose chez notre malade. Il nous reste à examiner quelle place on peut lui assigner dans nos classifications nosographiques.

Disons tout d'abord que malgré la nature triste de ses idées délirantes, malgré les déclarations de la malade au sujet de ses souffrances, de sa douleur et son désespoir, malgré l'existence d'idées de négation et d'immortalité, cette dernière ne saurait être considérée comme une mélancolique présentant un délire mystique avec idées de possession. Nous ne rencontrons, en effet, chez elle aucune idée de culpabilité, aucune dépression, aucune passivité ni résignation, aucun ralentissement des fonctions psychiques, qui plus que la teinte des idées délirantes, caractérise la mélancolie. Au contraire, nous constatons chez elle une excitation intellectuelle manifeste s'alliant à une très grande puissance de dialectique et à cette combativité propre aux délirants persécutés. Tous deux secondaires, ces syndromes diffèrent surtout par leur origine. Tandis que chez notre malade le délire traduit un malaise physique, des souffrances organiques, la mélancolie est l'expression, tout au moins immédiate, d'un malaise psychique, de troubles émotionnels pénibles : le ralentissement et l'impuissance psychiques engendrent la douleur, la tristesse, le pessimisme, le sentiment de transformation morale, les idées d'auto-dépréciation.

Il ne s'agit pas non plus d'un délire hypocondriaque systématisé avec idées de négation. Non seulement, en effet, la malade ne se croit pas atteinte d'une maladie physique ou du moins ne se préoccupe pas de ses troubles fonctionnels, ne se présente point comme une nosomane, mais encore elle considère ses souffrances physiques comme insignifiantes comparées à ses souffrances morales. Il est à noter, d'autre part, que le délire de négation chez l'hypocondriaque se limite à de simples négations portant sur la constitution physique et ne s'accompagne pas des autres symptômes qui constituent le syndrome de Cotard. Dans les deux cas cependant, le point de départ du délire est le même. Les

troubles cœnesthésiques qui sont à l'origine dans les deux cas sont interprétés de façon différente par chaque malade. L'un reconnaît à ces troubles une cause physique : la maladie, qu'il s'agisse d'une maladie naturelle ou d'une maladie provoquée ou aggravée ; l'autre les explique par une cause surnaturelle. Les troubles de la cœnesthésie peuvent ainsi donner naissance au délire hypocondriaque simple, au délire hypocondriaque avec idées de persécution, au délire de possession à forme zoopathique, au délire de possession à forme religieuse.

On peut aussi se demander si le délire de notre malade n'est pas à rapprocher des délires éclos sur le terrain de la dégénérescence mentale. Ses premières manifestations ressemblent beaucoup aux délires d'emblée survenant chez les dégénérés. La disparition du délire suivie d'une récurrence complète l'analogie. Dans sa seconde manifestation, l'absence ou tout au moins la rareté des troubles sensoriels, la forme raisonnée du délire, son caractère obsédant, l'état d'excitation intellectuelle concomitante sont autant de traits de ressemblance. Si nous n'adoptons pas cette manière de voir, c'est que nous estimons que ce qui différencie les psychopathes dégénérés des délirants systématiques, ce n'est pas l'importance relative de l'état dégénératif que l'on retrouve dans les deux cas, ce n'est pas non plus la prédominance d'un symptôme tel que l'hallucination ou l'interprétation morbide, c'est la trame même du délire et son évolution, la psychose systématique se distinguant par sa cohésion, son développement extensif et coordonné, sa chronicité.

Nous ne pensons pas non plus que le délire de notre malade doive être considéré comme un exemple de ce que l'on décrivait autrefois sous le nom de folie hystérique, cette dernière ne correspondant pas à un type nosologique spécial et autonome, mais se rapportant à une association de la dégénérescence mentale et de l'hystérie. A vrai dire, nous ne considérons pas notre malade comme une dégénérée et une névrosée avérée, mais comme une simple prédisposée psychopathe et névropathe. De fait, en ce qui concerne l'hystérie, nous

ne rencontrons chez elle qu'un petit nombre de stigmates et non des plus caractéristiques. Au point de vue psychique, nous ne constatons pas non plus de symptômes comme l'hallucination visuelle qui lorsqu'elle n'est pas d'origine toxique ou auto-toxique est d'origine névrosique et à ce titre se rencontre fréquemment chez les hystériques et plus particulièrement chez les hystériques délirants mystiques. D'autre part, le délire chez notre malade présente une systématisation et une stabilité que l'on ne rencontre pas chez les hystériques.

Tel qu'il a évolué chez notre malade, le délire religieux revêt les caractères du délire systématisé chronique à forme religieuse dont M. Magnan a décrit les différents stades qu'il rapproche du délire chronique de persécution à évolution systématique, c'est-à-dire, qu'après une phase d'inquiétude ces malades présentent des idées de possession, de damnation qui se systématisent de plus en plus et se transforment en délire des grandeurs stéréotypé, les malades s'intitulant Antéchrist, Jeanne d'Arc ou prophètes. Mais on peut se demander si dans le cas particulier, il s'agit bien d'un délire chronique incurable, ce délire ne durant que depuis 4 ans quand nous avons perdu la malade de vue. Bien qu'une précédente crise se soit terminée par la guérison, après une durée presque aussi longue, tout nous porte à croire que pour cette récurrence le pronostic est tout différent. Non seulement, lorsqu'elle a débuté, la malade avait dépassé la quarantaine, mais encore depuis cette époque le délire a toujours suivi une marche progressive, s'amplifiant et se systématisant de plus en plus. On peut encore présumer qu'au cas même où les troubles fonctionnels, qui dans une certaine mesure expliquent les douleurs physiques disparaîtraient, il se produirait ce qui se produit chez certains hypocondriaques que l'on peut débarrasser d'une lésion mais non pas d'un état obsédant et de l'orientation créée vers un courant d'idées fausses. Il est à noter que pendant une longue rémission des troubles cœnesthésiques la malade avait gardé la conviction d'avoir eu quelque chose d'extraordinaire et qu'elle avait deman-

dé plusieurs fois à son mari, dans le cas où elle mourrait la première, de lui faire ouvrir le côté, pensant qu'on aurait trouvé des désordres causés par l'esprit diabolique. Nous devons cependant reconnaître que cet élément de durée manque, jusqu'à présent, pour affirmer la chronicité, et nous nous arrêtons d'autant plus à ce fait que la notion d'évolution nous paraît la plus importante en pathologie mentale puisqu'elle seule permet de nous prononcer avec quelque certitude sur la nature véritable d'un syndrome, qu'il s'agisse de paralysie générale, de démence précoce ou de délire systématisé. Une autre constatation qui nous engage à ne pas identifier intégralement le cas de notre malade avec le délire systématisé chronique à forme religieuse décrit par M. Magnan, est l'absence à peu près complète dans notre cas d'hallucinations auditives verbales. Ce caractère différentiel, à nos yeux, a moins d'importance qu'en aurait le précédent si l'évolution démontrait que la guérison est possible. D'abord, en effet, l'observation clinique montre que les délires systématisés hallucinatoires et les délires systématisés à base d'interprétations délirantes présentent un nombre considérable d'analogies : analogies d'évolution et surtout d'origine, les uns et les autres se développant sur un terrain héréditairement préparé, chez des tempéraments constitutionnellement paranoïaques. Chez les uns et les autres, ce qui est primitif, c'est un trouble du jugement. L'hallucination, quand elle existe, ne fait que confirmer un état délirant antérieur, elle ne règle pas la marche du délire, c'est lui qui la fait apparaître et c'est lui qu'elle reflète. On peut même, comme le fait notre collègue le Dr Masselon, pousser plus loin l'analyse et admettre qu'au point de vue de sa genèse l'hallucination auditive se rapproche de l'interprétation et découvrir au moins hypothétiquement, les raisons pour lesquelles certains malades ne dépassent pas l'interprétation, tandis que d'autres font très rapidement des troubles sensoriels (1). Qu'il s'agisse de délire avec ou sans halluci-

(1) René MASSELON. — Les délires hallucinatoire chroniques, *Encéphale*, février 1912.

nations, l'interprétation morbide nous paraît être la condition même de sa systématisation. Si maintenant nous nous reportons aux observations de délire chronique religieux publiées à l'appui de sa description par le Docteur Dupain (1), dans sa thèse, nous voyons que sur ces observations plusieurs se rapportent manifestement à des délires à base d'interprétations, une autre se rapporte à un cas de mélancolie récidivante avec idées religieuses, une autre concerne une malade atteinte de lourdes tares héréditaires et elle-même débile, de telle sorte que suivant la remarque de l'auteur il convient de rattacher son état intellectuel à celui des dégénérés, enfin plusieurs observations sont trop succinctes pour se faire une opinion précise sur la nature de la psychose dont les malades étaient atteints. Il semblerait donc que pour le délire chronique religieux à évolution systématique comme pour le délire chronique de persécution la conception de M. Magnan, ainsi que l'écrit le Dr Masselon (2) à propos du délire chronique de persécution, apparaît construite non pas à l'aide des mêmes malades suivis dans tout le cours de leur évolution, mais avec des malades différents examinés à des moments différents de l'affection dont ils étaient atteints, malades parmi lesquels Masselon distingue des délirants persécutés type Falret-Lasèque, un délirant interprétant des déments paranoïdes en spécifiant bien que dans ce cas il s'agit d'un état n'ayant rien de commun avec la démence précoce. Ainsi la conception de M. Magnan serait le produit des vues synthétiques qu'il portait sur l'aliénation mentale. Le délire systématisé chronique de Magnan englobe notamment une forme différenciée par M. Ségas sous le nom de variété psycho-motrice, qui est celle des persécutés possédés. Les faits les plus typiques de ce genre, dit M. Ségas, sont ceux où le délire est empreint d'une teinte mystique rappelant les anciennes observa-

(1) J.-M. DUPAIN. — Etude clinique sur le délire religieux (Essai de sémiologie), *Thèse de Paris*, 1888.

(2) René MASSELOIN. — Le délire chronique à évolution systématique (Etude critique), *Annales médico-psychologiques*, octobre-novembre 1913.

tions de folie religieuse (démonomanie et théomanie). Bien qu'ils ne soient pas les seuls, ajoute M. Ségla, ils méritent cependant, puisqu'ils sont les plus nets, d'être pris comme point de départ de notre étude actuelle. Ces cas de folie systématique comportant plus particulièrement la présence des symptômes suivants :

1° Prédominance très marquée des troubles psychomoteurs tels que hallucinations motrices, impulsions diverses, phénomènes d'arrêt. 2° Fréquence plus grande des hallucinations visuelles. 3° Rareté des hallucinations auditives verbales. 4° Dédoublement très accentué de la personnalité (en rapport avec le développement des troubles de la sensibilité viscérale). 5° Idées de possession souvent de nature mystique.

Ces malades, comme le fait remarquer M. Ségla, n'ont pas seulement comme d'autres systématiques mégalomanes, des rapports externes avec les puissances supérieures par l'intermédiaire des sens externes (ouïe et surtout vue) ; le souffle divin qui les anime est tout intérieur. C'est à cette forme délire systématisé mystique que se rattache l'observation de notre malade, ne différant des cas rapportés par M. Ségla que par l'absence d'hallucinations visuelles et par ce fait que les phénomènes psychomoteurs se réduisent à l'hallucination psychique. Par contre, les troubles cœnesthésiques sont à leur maximum, ont amené la transformation de la personnalité et avec elle les idées délirantes qui ne sont que l'interprétation introspective des phénomènes qui ont déterminé cette transformation. Ces interprétations se sont étendues par la suite des sensations internes aux textes bibliques et d'autre part se sont enrichies des trouvailles d'une imagination toujours en quête de nouveaux arguments. Malgré le rôle prédominant qu'ont joué les interprétations morbides dans l'édification du délire, cette observation se distingue nettement de celles d'autres mystiques interprétants et ambitieux : fondateurs de religion, apôtres, réformateurs, chargés de mission. Les troubles de la sensibilité, lorsqu'ils existent chez ces derniers, sont moins développés, ne constituent qu'un accompagnement des interprétations s'exerçant sur d'autres données ; dans le cas envisagé, au contraire, ils constituent

la première et la principale base des interprétations et donnent au délire sa formule caractéristique.

Pour synthétiser notre appréciation sur le cas de notre malade, nous dirons qu'il s'agit d'une prédisposée psychopathe et névropathe, affectée de troubles fonctionnels douloureux, présentant un délire systématisé de persécution et de grandeur mystique (délire de possession) à base d'interprétations morbides en étroite relation avec les troubles de la sensibilité interne, mais aussi s'étendant à un domaine beaucoup plus vaste, délire ayant évolué sous la forme de paranoïa aigu et après une rémission sous la forme de paranoïa chronique.

Nous avons vu précédemment que parmi les persécutés systématiques, il convenait de distinguer avec M. Séglas les persécutés sensoriels et les persécutés possédés. Chez les uns et chez les autres le délire peut présenter une teinte mystique mais plus particulièrement chez les persécutés possédés.

Au sujet de la teinte mystique que revêt dans certains cas le délire systématisé, M. Magnan fait remarquer l'influence de l'éducation, du milieu social et des idées régnantes. « A la fin du Moyen Age et à la Renaissance, écrit-il, on parlait de sorcellerie, d'esprit malin, d'obsession et de possession diaboliques, le délire n'était que le reflet de ces croyances, de ces préjugés que l'ignorance rendait encore plus profonds. A la fin du dix-huitième siècle, le mesmérisme et le fluide magnétique, plus tard, le spiritisme avec les esprits frappeurs, les tables tournantes servaient aux persécutés d'explication à leurs sensations malades. De nos jours, les luttes politiques, les grandes forces naturelles, les applications nombreuses des agents physiques et chimiques, le magnétisme, l'hypnotisme, la suggestion, les microbes, les grandes sociétés politiques ont remplacé le merveilleux, attirent l'attention et deviennent le point de départ des idées délirantes. Les démonopathes, les lycanthropes ne sont autres que des persécutés. Mais tandis que les diables, les sorciers, les esprits malins tourmentent les premiers, les persécutés de nos jours sont tourmentés par les Jésuites, les francs-maçons, la police secrète ou bien encore par

l'électricité, le téléphone, les microbes, etc... Les premiers deviennent Dieu, l'Antéchrist, Jeanne d'Arc, prophètes, les autres deviennent Empereurs, Rois, Présidents de la République, Réformateurs, etc... » Actuellement la couleur des idées délirantes présentées par notre malade est un fait digne de remarque. Fréquentes aux époques où la croyance aux influences diaboliques, à la possession de l'esprit malin était très répandue, ces conceptions paraissent de nos jours un anachronisme et de fait ne se rencontrent guère que chez les débiles superstitieux et arriérés. Chez notre malade, au contraire, nous ne trouvons aucune trace de faiblesse intellectuelle, aucune trace de superstition. Ce délire est l'œuvre d'un esprit cultivé, fécond, observateur, réfléchi, employant la plus grande logique à développer des prémisses fausses. Ainsi le plus souvent voyons-nous la malade discuter en théologien documenté et précis à moins qu'emportée par l'ardeur de ses convictions elle ne parle en prophète. Par son spiritualisme et son caractère en quelque sorte purement métaphysique, ce délire diffère encore de ceux dont la littérature historique nous a conservé le souvenir, délires démonomaniaques sévissant fréquemment sous forme d'épidémies convulsives et présentant l'aspect d'un délire de possession corporelle. Disons en terminant que le cas de cette personne intelligente, instruite, parfaitement éduquée, douée d'une fine sensibilité, désormais inextricablement égarée dans un pareil labyrinthe, nous inspire une profonde pitié (1).

(1) Cette observation était déjà rédigée quand nous avons appris que la malade est décédée, courant 1921, à l'Asile de Fleury-les-Aubrais. Elle était atteinte, nous dit-on, de gastro-entérite avec diarrhée profuse et sa maigreur était extrême. On éprouvait la plus grande difficulté pour l'alimenter. Elle se montrait en outre très malpropre et se barbouillait de matières. Elle est décédée par suite d'affaiblissement progressif et, la veille de sa mort, elle a exprimé le désir de voir ses enfants alors que jusque-là elle n'avait jamais voulu prendre connaissance des lettres que ces derniers lui adressaient. Son délire n'ayant pas changé de caractère, jusqu'à ces derniers moments elle n'a cessé d'invectiver les personnes qui lui donnaient des soins et elle ne voulait pas entendre parler de sa famille dont elle niait d'ailleurs l'existence.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU SAMEDI 23 DÉCEMBRE 1922 (1)

Présidence de M. TOULOUSE, Président

MM. Brousseau, Collet, Demay, Minkowski, Vernet, membres correspondants nationaux, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de novembre.

M. René CHARPENTIER demande la parole à propos du procès-verbal de cette séance.

Messieurs, En vous transmettant, lors de la séance de novembre de la Société Médico-psychologique, l'aimable invitation de nos collègues de la Société Suisse de Psychiatrie, j'exprimais le regret de l'avoir reçue trop tardivement pour vous en faire part à temps. J'ai écrit à ce sujet à notre collègue le D^r Steck, secrétaire de la Société Suisse de Psychiatrie. Le D^r Steck a bien voulu partager nos regrets et se propose de nous transmettre désormais l'invitation de nos collègues Suisses deux mois avant l'Assemblée, dès que seront fixés le lieu et la date de la réunion, et le thème des discussions. Le programme définitif, établi au dernier moment lorsque tous les auteurs ont envoyé le titre de leurs communications, nous sera envoyé ensuite. Nous espérons, qu'ainsi avertis à temps, nombreux seront ceux de nos collègues qui pourront assister à la prochaine Assemblée de la Société Suisse de Psychiatrie.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Guiraud, médecin en chef, de

(1) Le lundi 25 décembre 1922 étant jour férié, la séance a eu lieu en décembre, le samedi 23, ainsi qu'il avait été décidé par la Société dans la séance de novembre.

l'Asile de Ville-Evrard, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant national ;

une lettre de M. le D^r H. Flournoy, privat-docent à la Faculté de Médecine de Genève, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre associé étranger ;

une lettre de M. le D^r Minkowski qui remercie la Société d'avoir transformé son titre de membre associé étranger en celui de membre correspondant.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Conformément à l'article 21 des statuts, la Société se réunit en assemblée générale.

Le rapport de la Commission des finances sera lu à la séance de janvier.

ELECTIONS

M. TRUELLE est nommé, pour l'année 1923, *vice-président* de la Société Médico-psychologique à l'unanimité de 16 votants, en remplacement de M. Antheaume, vice-président, qui devient de droit président.

Le scrutin est ouvert pour la nomination du secrétaire général.

Nombre de votants : 15

M. Henri Colin	14 voix.
Bulletin blanc	1

M. Henri COLIN est élu de nouveau *secrétaire général* de la Société.

Le scrutin est ouvert pour la nomination des secrétaires des séances.

Nombre de votants : 17

Ont obtenu :

MM. René Charpentier	16 voix.
Capgras	14 —

MM. René CHARPENTIER et CAPGRAS sont élus de nouveau *secrétaires des séances* de la Société.

M. Raymond MALLET est élu *trésorier* à l'unanimité de 17 votants.

Membres titulaires

Le Bureau déclare vacante une place de membre titulaire.

SÉANCE ORDINAIRE

Rapport de Candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, Au nom d'une Commission composée de MM. Chaslin, Séglas et René Charpentier, rapporteur, j'ai l'honneur de vous exposer les titres de M. le D^r Quercy, candidat au titre de membre correspondant national de la Société Médico-psychologique.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris (1912), où il fut pour M. le Prof. Déjerine, M. Chaslin, M. le Professeur Henri Claude et M. le Professeur Dupré, un collaborateur très apprécié, le D^r Quercy est actuellement médecin de l'Asile d'aliénés de Rennes et chargé d'un cours libre de neurologie et de psychologie pathologique à la Faculté des Lettres de Rennes.

Ses travaux neuropathologiques, déjà nombreux, sont ici connus et estimés de tous. La thèse sur l'*appareil vestibulaire* (Toulouse, 1919) est l'aboutissant d'une série d'études sur ce sujet publiées dans la *Revue neurologique* de 1912 à 1921 en collaboration avec MM. Déjerine, Claude ou Descomps. Il faut citer encore, parmi d'autres publications sur des sujets neurologiques, un cas de *tumeur cérébrale* avec amincissement des parois craniennes (crâne en coquille d'œuf) et écoulement de liquide céphalo-rachidien par le nez, un cas de traumatisme crânien avec *hernies méningées*, des observations d'*hémiplégie palustre*, d'*épilepsie partielle continue* (avec Mme Long-Landry), de *sciatique radiculaire dissociée*, de *syringomyélie*, de *polynévrite tétanique*, des recherches anatomo-pathologiques sur les fibres sans myéline (avec M. Nageotte), sur les glandes endocrines (méningo-encéphalite et destruction de l'hypophyse) en collaboration avec M. le Professeur Claude, etc.

Non moins importants sont les travaux psychiatriques de M. Quercy. Dans des pages d'une très fine analyse psychologique, il s'est attaché à l'étude des *interprétations frustes* (avec M. Meyerson), des *illusions* et des *hallucinations* (Diagnostic et fréquence des hallucinations auditives verbales, exagérations des hallucinés, mimique hallucinatoire, délire d'hallucinations, voix et hallucinations, etc.). Après avoir étudié (avec M. Meyerson) l'*orientation des signes graphiques chez l'enfant*, M. Quercy a publié une curieuse observation intitulée *langage et poésie chez un vieil aliéné*, et traité ici-même, dans une communication récente, du *langage involontaire*. Rappelons pour terminer un article sur le *traitement spécifique de la paralysie générale* et un travail sur le *traitement de l'épilepsie par le gardénal*.

Les règles de brièveté imposées à vos rapporteurs ne nous permettent pas de nous étendre davantage sur des travaux dont vous connaissez la valeur. Cette brève énumération suffit à caractériser l'activité scientifique de notre collègue et à justifier la conclusion de votre Commission qui vous propose, à l'unanimité, de nommer M. le D^r Quercy, membre correspondant national de la Société Médico-psychologique.

Election. — Après lecture de ce rapport, il est procédé au vote et M. le D^r QUERCY (de Rennes) est élu membre correspondant de la Société à l'unanimité de 15 votants.

Nomination des Commissions de Prix

Sont désignés pour faire partie des Commissions pour les prix à décerner en 1924 :

PRIX AUBANEL : MM. Semelaigne, Vurpas, Mignard.

PRIX BELHOMME : MM. Briand, Claude, Simon.

Réponse de la Société Médico-psychologique à une lettre qui a été adressée le 11 juillet dernier à son président par M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, au sujet des services ouverts.

M. ANTHEAUME. — Dans votre séance du 24 juillet 1922 vous avez nommé une Commission composée de MM. Arnaud, René Charpentier, Claude, Colin, Dupouy, Raynier, Toulouse et Antheaume, rapporteur, à l'effet de proposer à notre Compagnie le texte d'une lettre à adresser à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en réponse à la demande d'avis qu'il a bien voulu adresser le 11 juillet dernier au Président de la Société Médico-psychologique.

C'est le texte de cette réponse que j'ai l'honneur de proposer aujourd'hui à votre approbation.

Je vous rappelle d'abord la lettre ministérielle :

« Paris, le 11 juillet 1922.

« MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

« J'ai été saisi de propositions tendant à autoriser l'installation dans quelques asiles de services ouverts de « petits mentaux ».

« Je serais très heureux de connaître l'avis de votre Société sur cette question et notamment sur la définition des malades petits mentaux qui seront hospitalisés éventuellement dans les services ouverts ; cette définition me paraît, en effet, devoir être tout d'abord précisée avec la plus grande rigueur et d'une façon strictement limitative puisqu'il s'agit d'une dérogation aux lois en vigueur.

« J'attacherai du prix à connaître votre avis le plus tôt possible.

« Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'assurance de ma haute considération.

« Paul STRAUSS. »

Voici le projet de réponse :

MONSIEUR LE MINISTRE,

La Société Médico-psychologique a appris avec intérêt par une lettre que vous avez bien voulu lui adresser à la date du 11 juillet dernier que vous aviez été *« saisi de propositions tendant à autoriser l'installation dans quelques asiles de services ouverts »*, mais elle a été surprise de voir désigner les malades dont l'hospitalisation vous était demandée dans ces services du terme de *« petits mentaux »*.

Au seuil de cette réponse que notre Compagnie m'a prié de vous transmettre avec ses sentiments de haute estime et de reconnaissance pour la confiance que vous lui témoignez, il nous est apparu nécessaire de vous mettre en garde contre l'emploi de ce terme de *« petits mentaux »*, expression mauvaise, grammaticalement incorrecte, ne répondant scientifiquement à aucune catégorie bien définie et bien limitée de malades, et à laquelle il serait erroné de donner droit de cité dans la nomenclature médicale psychiatrique.

Sous réserve de votre bienveillant accueil à cette remarque préalable, notre Compagnie, Monsieur le Ministre, m'a chargé de vous transmettre son avis motivé : 1° sur l'opportunité d'autoriser l'installation dans divers asiles de services ouverts de psychopathes non internables ; 2° sur la définition des psychopathes à hospitaliser éventuellement dans ces services, *« définition que vous considérez comme devant être précisée avec la plus grande rigueur et d'une manière limitative puisqu'il s'agit — ce sont vos propres expressions — d'une dérogation aux lois en vigueur »*.



Au sujet de l'autorisation à donner d'installer dans divers asiles d'aliénés des services ouverts de psychopathes non internés, notre Compagnie, Monsieur le Ministre, vous serait reconnaissante de favoriser cette orientation nouvelle en France de l'assistance psychiatrique, qui ainsi évoluerait parallèlement à ce qui se fait à l'étranger depuis plusieurs années et notamment

aux Etats-Unis. Vous connaissez, Monsieur le Ministre, étant donné votre haute compétence technique, tout ce qui a trait à l'assistance psychiatrique, les motifs d'ordre sociologique, clinique et thérapeutique qui militent en faveur d'une assistance médicale et d'une assistance précoce de la plupart des psychopathes à l'orée de leur affection mentale ; vous avez pu juger dans les hôpitaux parisiens, à l'époque où vous présidiez le conseil de surveillance de l'assistance publique, de l'utilité des services de psychopathes en dehors du régime de l'internement, et vous avez grandement favorisé la création, par le Conseil général de la Seine, du dispensaire de prophylaxie mentale avec service ouvert qui fonctionne depuis le mois de juin dernier à l'Asile Clinique (Sainte-Anne). Cette expérience faite dans un asile d'aliénés qui ressort de la Préfecture de la Seine, avec l'approbation préalable de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, avec l'actuel concours de la Préfecture de police, milite puissamment en faveur de l'opportunité de créer, dans quelques asiles, des services ouverts dans l'intérêt supérieur des psychopathes non internables en situation de bénéficier d'une mesure d'assistance.



Au sujet de la définition précise que vous voulez bien nous demander, des psychopathes à hospitaliser dans les services ouverts projetés, la Société Médico-psychologique, en dehors de toute divergence doctrinale, est d'avis qu'une telle définition ne saurait être formulée au point de vue scientifique.

Il ne paraît pas possible de fournir une liste définitive des affections mentales dont ces malades peuvent être atteints, car leur choix est bien moins d'ordre nosologique que sous la dépendance des réactions occasionnées par leurs troubles.

En pareille matière, la sélection des cas à traiter est avant tout — et c'est là un principe fondamental — une question d'espèce, entièrement sous la dépendance d'une appréciation médicale compétente.

Mais si une définition positive ne peut être rationnellement établie pour catégoriser les psychopathes à traiter dans un service ouvert — service d'observation et de traitement — une délimitation par exclusion des cas où doit jouer la loi de 1838 peut être utilement envisagée.

C'est dans cet esprit que la Société Médico-psychologique a adopté le texte suivant :

1° Les services ouverts peuvent recevoir en traitement tous les psychopathes dont l'état ne nécessite pas l'internement sous le régime de loi en vigueur sur les aliénés.

2° Doivent donc être exclus de ces services les malades mentaux dont le placement s'impose soit par voie de placement d'office, soit par voie de placement volontaire.

3° Cette nécessité de l'internement est conditionnée en matière de placement d'office par la gravité des réactions anti-sociales des malades, justifiant l'intervention et la surveillance de l'autorité publique, et en matière de placement volontaire par l'urgence d'une protection légale, née, dans la plupart des cas, soit des réactions dangereuses du sujet, soit de son refus de recevoir les soins qu'exige sa maladie mentale.

Il nous paraît bon d'ajouter que dans l'ordre positif deux traits communs constituent le caractère essentiel spécial aux psychopathes à recevoir et à traiter dans les services ouverts : l'acuité des symptômes de l'affection mentale, et l'inocuité des réactions.

Notre Société estime, qu'ainsi compris, ces services, loin de nuire à la sécurité publique, contribueront à la mieux sauvegarder.



Telle est, Monsieur le Ministre, la réponse que la Société Médico-psychologique m'a chargé de vous transmettre.

J'espère qu'elle sera pour vos nouvelles directives un utile élément d'appréciation pour le plus grand honneur et le plus grand bien d'une assistance psychiatri-

que rationnellement organisée, suivant une orientation plus active de la thérapeutique mentale.

Veillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes hommages respectueusement dévoués.

*Le Président
de la Société Médico-psychologique.*

DISCUSSION

M. VALLON. — Il me paraît difficile de répondre au Ministre : nous ne savons pas ce que signifie le terme *petit mental*. Il est entendu que le terme manque de précision et de caractère scientifique, nous pourrions donc dire : les médecins qui jusqu'à présent ont employé cette expression lui ont donné la signification suivante : Sujets présentant des troubles mentaux ne justifiant pas au moins momentanément l'internement dans un asile d'aliénés, mais nécessitant leur hospitalisation sous peine d'aggravation de leur état ; mais ce terme étant défectueux il vaut mieux y renoncer.

M. ANTREAUME. — Je tiens à faire remarquer à M. Vallon que le Ministre, dans sa lettre, cite entre parenthèses le terme de « petits mentaux » qu'il ne s'approprie pas ; or, c'est l'emploi de ce terme par des tiers que nous critiquons et que nous demandons au Ministre de ne pas faire figurer dans le langage officiel. Il est logique qu'aucune définition ne soit donnée de ce vocable en raison de son imprécision.

C'est pendant la guerre que l'expression critiquée a été usitée, en raison, sans doute, de son imprécision pour désigner en bloc les cas de militaires traités dans des centres de neuro-psychiatrie extra-asilaires ; je crois même que M. Briand a largement contribué à sa vulgarisation d'alors. Or, nous sommes en temps de paix, en temps normal, où tout doit rentrer dans l'ordre, surtout les appellations de fortune nées de circonstances d'exception.

M. Henri COLIN. — Je me permets de rappeler à M. Vallon que la question a fait l'objet de débats répétés à la Société Médico-psychologique.

Nous avons décidé de ne pas adopter le terme de

petits mentaux qui nous a paru impropre sous tous les rapports. Les comptes rendus des séances ont reproduit ces discussions et la Société se déjugerait si aujourd'hui elle paraissait adopter un vocable qu'elle a été unanime à rejeter.

M. ARNAUD. — Dans des séances antérieures, la Société Médico-psychologique a discuté la question des *petits mentaux* et a été unanimement d'avis que le terme *petit mental* n'avait aucune signification scientifique, ne correspondait à aucun état mental défini et n'était susceptible d'aucune définition. Le Congrès de Quimper a exprimé la même opinion. Et c'est dans le même esprit que votre Commission a conclu. Nous ne pouvons donc pas donner une sorte d'estampille officielle à un terme qu'il nous est impossible de définir positivement.

Les malades qu'il convient d'admettre dans les services ouverts et que certains appellent *petits mentaux* ne peuvent être définis que négativement, comme l'a fait M. Antheaume, en disant non pas ce qu'ils sont mais *ce qu'ils ne sont pas*.

M. Henri CLAUDE. — L'expression *petit mental* est une expression qui s'est glissée dans notre langage médical pendant la guerre parce qu'il fallait classer rapidement des catégories de malades mentaux. Mais au point de vue médical nous ne pouvons donner droit de cité à un terme qui n'a pas de valeur scientifique. Il est aussi impropre que la dénomination de demi-fou qui est répandue dans le monde extra-médical, mais que nous nous gardons bien d'employer. Il convient donc de dire que nous n'adoptons pas ce terme de *petits mentaux* et que nous n'avons pas à le définir. En l'acceptant, nous nous exposons à le voir revenir constamment dans la terminologie administrative et nous devons constamment lutter contre l'interprétation qu'on donnera à ce terme.

M. Marcel BRIAND. — Le paralytique général n'est pas, le plus habituellement, « paralyse » ni, comme dit l'autre, encore moins « général » ; le maniaque ne se présente pas comme un déprimé et, cependant, nous savons tous ce que sont la paralysie générale et la folie

maniaque dépressive. Je n'insiste pas, car il ne s'agit pas de discuter la légitimité grammaticale du terme « petit mental ». Ce qui importe, c'est de savoir à quoi répond cette expression. — Née de la guerre, elle fut employée comme moyen de triage sommaire des psychopathes, dans un certain milieu militaire : Pour différencier un « psychopathe » d'un simple « nerveux », on disait familièrement : c'est un « mental ». Celui pour lequel l'internement s'imposait, devenait un « grand mental ». La conséquence logique de cette terminologie simpliste entraînait, logiquement, la qualification de « petit mental » pour désigner le psychopathe, présentant ou non une affection grave, mais auquel l'internement pouvait être évité. Ce qui voulait dire qu'il apparaissait comme pouvant être traité dans un service ouvert.

Dans quelles circonstances M. P. Strauss nous a-t-il demandé ce qu'on entend par « petit mental » ? — M. Raynier vient de le rappeler : Des médecins ont réclamé l'ouverture dans les Asiles, de services pour les « petits mentaux ». Malgré que la locution soit aujourd'hui courante et connue de M. Paul Strauss, il est permis à un Ministre d'exiger des précisions au moment où une loi en préparation va assurer des soins à une catégorie importante de malades repoussés par la loi du 30 juin 1838 et par celle sur l'Assistance médicale gratuite.

La Société Médico-psychologique ne peut pas dire au Ministre qu'elle ne sait pas ce que c'est qu'un « petit mental », alors que nous employons tous ce terme, dans la conversation courante et, cela, sans penser à ouvrir, pour ces malades, une place à part dans la classification. Comment répondre, dans ces conditions, que nous ignorons ce que c'est qu'un « petit mental » ?

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne possédons pas de critérium absolu permettant d'affirmer que tel psychopathe ne sera jamais « internable », alors que tel autre ne le sera que dans un temps déterminé ; mais nous savons que nombre de malades, présentant des troubles mentaux même graves, peuvent être soignés dans des services ouverts. Nous devrions donc

répondre simplement au Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, qui nous fait l'honneur de nous consulter : On qualifie « petits mentaux », les psychopathes dont les réactions pathologiques ne nécessitent pas, immédiatement, l'internement, car ils ne sont dangereux ni pour autrui, ni pour eux-mêmes, ni pour l'ordre social, toutes réserves faites sur les circonstances ultérieures, susceptibles de faire jouer les dispositions de la loi sur le régime des aliénés.

M. ANTREAUME. — La note que vient de lire M. Vallon — en déclarant qu'il n'est pas en contradiction avec le contenu de la réponse qui vous est soumise et qu'il approuve — pourrait, si telle est votre décision, être jointe à la réponse projetée sous forme d'un appel de note explicatif, en bas de page du premier paragraphe de ma rédaction. En somme, M. Vallon fait observer directement, en réponse à la question posée, que : « les petits mentaux sont des sujets présentant des troubles mentaux ne justifiant pas, au moins momentanément, l'internement dans un asile d'aliénés, mais nécessitant leur hospitalisation sous peine d'aggravation de leur état », et votre Commission vous dit : « ne parlons pas directement des « petits mentaux », bien qu'on nous y invite, puisque cette appellation est vicieuse, mais considérant le fonds de la question et non sa forme, parlons des psychopathes à recevoir dans les services ouverts ». Or, la Société est unanime à prononcer l'exclusive au sujet de l'emploi du terme de petit mental, et aucune divergence n'existe sur le fonds pour la réponse à faire au ministre. Je crois que l'attention de la Société a été suffisamment attirée sur ces divers points.

M. HENRI COLIN. — Ainsi que je le disais tout à l'heure, je prie la Société de ne pas se déjuger. Je regrette de faire de la peine à mon excellent maître, M. Briand, qui est le père du terme petit mental, mais je crois qu'il eût mieux valu ne pas l'inventer.

M. TOULOUSE. — En somme, sur la question de fonds, la seule qui importe réellement, notre collègue M. Vallon partage l'avis du rapporteur et le texte qu'il nous

a fait connaître tend à une définition par exclusion. Il ne serait point logique en tous cas, et il serait inadmissible que dans la réponse proposée par M. Antheaume au nom de la Commission, il y eût une contradiction qui n'existe pas dans l'esprit des membres de la Société. Vous pouvez vous fier à votre Bureau, pour faire le nécessaire afin d'éviter cet écueil. Sous ces réserves, je mets aux voix le texte du rapport de M. Antheaume.

Le texte du rapport de M. Antheaume est adopté à l'unanimité des membres présents.

Purpura hémorragique, transfusion sanguine et troubles mentaux

Par MM. Henri COLIN et G. ROBIN

Mme R. Gabrielle, âgée de 24 ans, entre à l'Asile Clinique le 5 juin 1922, pour des « phénomènes d'amnésie continue qui sont le point de départ de nombreux troubles dans sa conduite journalière ; la malade se perd dans la rue, urine dans les escaliers de sa maison, etc... » (D^r Nageotte).

Antécédents héréditaires. — Le père était alcoolique depuis l'âge de 18 ans et a été hospitalisé à Nanterre.

La mère a eu plusieurs internements, le premier à l'âge de 13 ans (épilepsie à 25 ans), le dernier, en 1910, à l'Asile de Moisselles, pour : « Débilité mentale avec délire polymorphe, idées mélancoliques, mystiques et de persécution. Tentatives de suicide. Habitudes alcooliques ». Elle eut 17 enfants et 2 fausses couches. 5 enfants restent vivants. La mère présenta des hémorragies graves au moment de ses accouchements. Un frère de la malade, à l'âge de 18 ans, eut une épitaxis inquiétante. Il s'agit avec netteté d'une famille d'hémophiles.

Antécédents personnels. — La malade, 16^e des 17 enfants, est née avant terme, a marché et parlé normalement, a été réglée à 11 ans 1/2, n'a pas eu de troubles de la menstruation. A 16 ans, zona bilatéral, à la racine des membres inférieurs ; à 14 ans épitaxis ; à 22 ans opérée d'une bartholinite.

D'après le mari, elle a toujours eu un caractère irritable et violent. Elle était autoritaire, superstitieuse, rendant la vie en commun difficile. Enceinte en 1920 (elle a alors 22 ans), elle souffre d'une sciatique au 3^e mois de la grossesse ; au 6^e mois, elle aurait eu des ennuis : son mari, selon les déclarations de la malade, ne trouvait pas de travail. Le 10 décembre 1920, elle entre à l'hôpital Lariboisière, dans le Service du D^r Garnier pour un purpura hémorragique avec pétéchies aux membres inférieurs et à la face dorsale des mains. On constate des hématuries, des épitaxis des deux narines, sans altérations de la muqueuse.

Examen du sang le 11 novembre 1920

Globules rouges : 2.350.000, pas d'hématies nucléées.

Globules blancs : 12.600.

Hémoglobine : 60.

Polynucléaire : 85.

Mononucléaire : 10.

Lymphocytes : 5.

Coagulation normale : 7 secondes.

Temps de saignement prolongé : 11 secondes.

Rétractibilité du caillot faible.

Elle accouche à 8 mois 1/2, le 16 février 1921, d'un enfant vivant. Pendant les jours qui suivent, les épitaxis disparaissent peu à peu par le traitement et la malade quitte l'hôpital Lariboisière le 4 mars 1921. Pendant l'allaitement de sa petite fille, elle avait eu des hémorragies gingivales et des épitaxis et elle avait dû cesser de lui donner le sein. L'enfant meurt à 2 mois 1/2 de purpura. Cette mort affecta beaucoup la malade.

Le 1^{er} juin 1921, elle fait une rechute de purpura et entre de nouveau à l'hôpital Lariboisière. Elle a des pétéchies sur les membres inférieurs et les membres supérieurs, des épitaxis et des gingivorragies très abondantes. Tous les grands appareils sont normaux. La pression artérielle au Pachon est de 15-6. Les hémorragies résistent à tous les traitements. Hémostyle, peptone par voie gastrique et sous-cutanée, émétine, ergotine, chlorure de calcium, extrait de foie. Le 12 juin 1921, au niveau du point d'une injection de sérum

physiologique, se déclanche une hémorragie assez abondante pour nécessiter un pansement compressif. Il se forme un hématome. Les règles continuent à être régulières. Le 26 juin, la malade éprouve un frisson, de la constriction thoracique, une dyspnée très pénible. On note de l'œdème de la joue droite.

Le 29 juin, état grave, transfusion intramusculaire de 80 cm³ de sang prélevé au mari. La température qui était restée jusqu'à ce jour sensiblement normale s'élève à 39°8 et reste dans les environs de 39° pendant le mois de juillet. La malade a des accidents délirants aigus avec agitation et onirisme ; elle ne reconnaît plus son mari, ni les personnes qui l'entourent. Ces troubles mentaux se seraient apaisés au bout de quelques jours pour reparaitre deux semaines plus tard dans les conditions que nous allons relater.

Le 1^{er} juillet, la malade a encore un suintement nasal ; le 5, un léger écoulement interne ; le 12, quelques selles noirâtres ; la réaction de Weber est négative. A partir de cette époque, c'est-à-dire une dizaine de jours après la transfusion, l'amélioration des accidents hémorragiques est très nette et très rapide. La menstruation se régularise. Au moment où l'état général se rétablit, avec le retour de l'appétit et les premières promenades à l'intérieur de l'hôpital, l'état confusionnel est observé avec plus de netteté que lorsque la malade était alitée. C'est l'amnésie qui domine le tableau clinique : la malade a oublié la mort de son enfant, elle ne reconnaît plus le médecin, ne différencie pas les couleurs et ne se souvient pas d'avoir été malade. Elle ne sait plus la place de son lit et va se coucher dans celui d'une autre malade. Elle oublie la place d'un objet dont elle se servait quelques secondes auparavant. Les troubles mentaux durent être assez graves à cette époque, puisqu'une infirmière de l'hôpital Lariboisière que nous avons interrogée, nous a dit : « Mme R... était devenue idiote ».

La température qui s'est maintenue aux environs de 38,5 pendant le mois de juillet, revient à la normale au milieu du mois d'août. Le purpura hémorragique est définitivement guéri et Mme R... sort le 17 octobre 1921

de l'hôpital Lariboisière. Mais elle est somnolente, elle ne se livre à aucune occupation utile. Elle accuse la transfusion sanguine de l'avoir débilitée. Elle est désorientée : à Paris, elle se croit à la campagne. Elle s'est perdue dans son propre quartier et, deux fois, elle a été ramenée à son domicile par les agents. Son mari lui écrit sur un papier les commissions qu'elle doit faire : elle égare le papier. Elle oublie, au bout de 5 minutes, les gestes qu'elle vient d'accomplir, les propos qu'elle vient d'entendre. Elle compense ses défaillances de mémoire par des récits spontanés et défend le thème imaginaire jusqu'à frapper son mari s'il se permet de le mettre en doute. Elle commet des imprudences telles que mettre un bidon de pétrole sur un poêle rouge. Elle a manifesté des idées de suicide parce qu'elle a peur d'être inguérissable, a fait quelques achats inconsidérés, avait sans cesse peur d'être volée, sans qu'elle ait à aucun moment présenté de délire. La frigidité a été constatée par le mari et la malade reconnaît « qu'elle a changé de tempérament ». Au point de vue physique, elle urinait dans les escaliers de son immeuble, parce que, disait-elle, ce besoin la prenait brusquement. Elle n'a jamais uriné au lit. Le mari a constaté de la polydypsie et de la polyphagie : la malade mangeait le matin plus d'une livre de pain dans son café au lait. Elle a considérablement engraisé en moins d'un mois, pesant 45 kilog. le 27 octobre 1921 et 75 kilog. le 18 novembre, sans que cette obésité ait eu tendance par la suite, ni à augmenter, ni à diminuer. Les règles sont régulières depuis la transfusion sanguine.

Par suite des troubles du caractère et de la conduite, le mari mène sa femme en consultation à l'hôpital Lariboisière, le 18 novembre 1921, l'y fait admettre le 21 mars 1922, où l'on note « des troubles de la mémoire antérograde et une mémoire rétrograde conservée ».

Il demande à ce qu'elle soit traitée à l'Asile Clinique où elle entre le 3 juin 1922.

À l'Asile, nous constatons des troubles profonds de la mémoire de fixation. Elle présente, quand on l'interroge, l'aspect d'un léger état confusionnel. La malade fait effort pour évoquer le passé et s'irrite de n'y pas

parvenir. Au mois de décembre, elle se croit en été, elle ignore l'année, elle ne s'oriente pas dans le temps, elle raconte à tort qu'il a neigé. Cette fabulation de compensation n'atteint pas une grande activité.

Elle a oublié à 2 heures ce qu'elle a mangé à midi. Conduite au Pavillon de Chirurgie, elle ne se souvient plus de la visite du chirurgien et soutient n'avoir pas été examinée. Elle ne sait pas le jour de l'intervention chirurgicale qu'elle a subie (mammité du sein gauche), ni le jour où son pansement a été renouvelé. Elle ne peut préciser les dates des visites qu'elle a reçues de son mari. Elle s'emporte de ne pas être traitée pour une rhinite chronique, alors qu'on vient de lui pratiquer une irrigation nasale. Parfois un effort d'attention lui permet de préciser la date exacte et il est intéressant de noter que les souvenirs que la malade a conservés depuis la maladie le sont avec netteté. Elle a reconnu un médecin qu'elle avait vu à l'hôpital Lariboisière il y a plus de six mois et comme ce médecin n'avait pas gardé le souvenir de cette malade, il parlait déjà de fausses reconnaissances alors que l'affirmation de Mme R... était parfaitement exacte. En général, la plupart des dates sont évoquées à tort et à travers, la malade est sujette à de nombreuses dymnésies. Elle a rédigé brièvement son *curriculum vitæ*, qu'elle a remis à son mari, afin de témoigner que sa mémoire est en progrès. Elle a même été jusqu'à faire la confession complète d'une liaison qu'elle a eue effectivement avec quelqu'un avant son mariage et son mari est tout abasourdi de cette révélation qu'il n'avait pas provoquée.

Si l'on se rapproche du début de sa maladie, elle ne peut dire à quel moment elle a commencé à avoir du purpura, à quel moment elle a accouché. Elle se souvient d'avoir souffert pendant 3 heures. Elle ne sait plus combien de temps après l'accouchement fut pratiquée la transfusion sanguine, répond aussi bien 3 semaines que 5 mois, montrant une fois de plus sa tendance à la fabulation. Elle a oublié la date de la mort de sa fille, elle explique cependant qu'elle se perdait dans son quartier, qu'elle souffrait de la tête à cette époque, qu'elle avait des idées de suicide. Cette amné-

sie par défaut de fixation et aussi, dans une plus faible part, par défaut de reproduction, n'est pas seulement antérograde et ne se limite pas aux événements postérieurs à la maladie. Elle ne sait plus en quelle année elle s'est mariée, ni à quel moment elle était enceinte. Tous les souvenirs qui précèdent au moins d'un an la grossesse, sont confus et évoqués — non sans erreurs — avec beaucoup d'efforts. La malade donne des renseignements précis sur son enfance : elle était, nous dit-elle, une bonne élève. Elle fut à l'école jusqu'à 12 ans. Elle n'a pas obtenu le certificat d'études. Elle a occupé différents emplois depuis l'âge de 12 ans. Le plus fréquemment, elle était domestique, mais elle quittait souvent ses places à cause d'une vive susceptibilité qu'elle reconnaît volontiers. Elle s'emportait pour la moindre observation, mais ses colères étaient de courte durée et la malade regrettait aussitôt de s'y être abandonnée. Les souvenirs des événements anciens sont donc conservés et reproduits à peu près fidèlement. Les souvenirs scolaires semblent altérés. Elle ignore presque tout de l'histoire et de la géographie. Elle ne peut citer une seule bataille de Napoléon I^{er}. Jeanne d'Arc aurait été brûlée à Orléans, elle ignore le nom de Bismarck dans la guerre de 1870-71. Elle ne peut nommer aucune capitale des grandes nations européennes. Elle ne commet pas d'erreurs dans la table de multiplication. D'après nos renseignements, l'arriération scolaire n'était pas aussi manifeste avant la maladie.

Mme R... a des préoccupations hypocondriaques. C'est à son nez, dit-elle, qu'elle doit les troubles de la mémoire dont elle souffre. Bientôt on sera obligé de le lui couper. Elle exige des pommades et des soins continuels. Elle a conscience de sa situation et pleure souvent de se savoir malade. Elle a des alternatives d'euphorie légère avec bavardage sans conséquence et de sensiblerie : elle larmoie, s'emporte, se radoucit aussitôt, prend des airs boudeurs et grognons. Elle se présente au point de vue mental d'une manière un peu puérile. Les troubles graves de la mémoire, l'altération, du reste légère, du jugement, l'attitude enfantine de la

malade nous montrent qu'il existe de l'affaiblissement intellectuel.

Examen physique. — Obésité intéressant le ventre, la région sacro-lombaire, les cuisses et les mollets. Le corps thyroïde n'est pas perceptible. La malade n'a pas de tremblement, pas d'éréthisme cardiaque. Il n'existe pas de troubles pilaires. Le poids se maintient aux environs de 70 kilog. L'appétit reste exagéré. Pas de polydypsie. Pas de troubles urinaires. A l'examen des yeux, on constate de l'enophtalmie et du ptosis à droite, mais la malade aurait eu dans l'enfance une affection de l'œil droit, ce qui écarte l'hypothèse d'un syndrome de C. Bernard-Horner. Pas de diplopie ni de stase pupillaire, ni d'hémianopsie bilatérale. Les pupilles réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. La radiographie de la selle turcique n'a rien montré d'anormal. Autant d'examens négatifs qui éliminent également l'hypothèse d'un syndrome hypophysaire. Les réflexes rotuliens sont normaux, il n'existe pas de signes de Babinski. Pas de troubles de la sensibilité. Pas d'insuffisance rénale. Pas de signes cliniques d'insuffisance hépatique, laquelle est décelée par les moyens de laboratoire.

Urobilinurie : +.

Epreuve de Roch, fortement positive.

Epreuve de la glycosurie alimentaire : négative.

Pression artérielle : 12-7 1/2.

Pouls : 104.

R. o. c. : 88.

Epreuve à la pilocarpine : Pression artérielle 12-7 1/2. Une demi-heure après l'injection P. A. 13-8 p. Retour à la pression initiale en 1 heure. Une 1/2 heure après l'injection, pouls, 108. R. o. c. 64. Sensation de froid. Frissons. La malade claque des dents. Sueurs abondantes. Rougeur de la face. Somnolence. Diarrhée. Apparition subite des règles que la malade n'attendait que dans quelques jours.

Ponction lombaire, le 20 décembre 1922 : 0,22 cgr. d'albumine, 5 lymphocytes par mm³.

Réaction de Wassermann : négative.

Réaction de Wassermann dans le sang : négative.

Urée dans le sang : 0,25.

Numération globulaire, 21 novembre 1922 : 3.125.000 globules rouges, 4.600 globules blancs.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une femme de 24 ans, chargée d'une lourde hérédité psycho-pathologique nettement hémophile, qui, au cours d'une grossesse, présente un purpura hémorragique, accouche normalement en février 1921, guérit du purpura, alors que l'enfant meurt à 3 mois 1/2 de la même affection, fait une rechute en juin 1921, avec hémorragies graves et reçoit une transfusion sanguine intramusculaire le 29 juin. Délire transitoire quelques jours après la transfusion et ne dépassant pas 5 jours. Hyperthermie. Guérison du purpura hémorragique quinze jours plus tard, avec apparition simultanée d'un syndrome confusionnel (désordre des actes, amnésie de fixation, etc...). En même temps, obésité rapide qui, du 27 octobre au 18 novembre 1921, aurait porté la malade de 45 à 75 kilog. Depuis lors, état physique et psychique stationnaire. On ne note aucune amélioration des troubles de la mémoire et des troubles de l'humeur. On compte dans le liquide céphalo-rachidien 5 lymphocytes par mm³.

Quel diagnostic psychiatrique est-il permis de porter ? L'hérédité, les troubles du caractère antérieurs à la maladie, nous mettent en présence d'un état de déséquilibre mental, sur lequel s'est développé, à la suite de perturbations humorales, un syndrome confusionnel : amnésie de fixation, fabulation modeste, puérilité, affaiblissement intellectuel, symptômes qui font penser à la forme amnésique de la confusion mentale, décrite par Gilbert Ballet. Le diagnostic se complique du fait que cet état qui dure depuis 18 mois tourne à la chronicité et que les altérations de la mémoire dominent de très haut par leur gravité les autres troubles mentaux que nous avons signalés.

Nous n'insisterons pas sur la note sombre du pronostic qu'il semble permis d'envisager avec inquiétude, au sujet de cette malade fortement prédisposée à des troubles mentaux graves par l'hérédité et les anomalies habituelles du caractère. Nous mentionnons, en passant, l'intérêt que suscite l'apparition de ce purpura hémorragique au cours de la gestation. Le cas que nous pré-

sentons a déjà fait l'objet d'une thèse sur cette question (1) et plusieurs auteurs s'y sont spécialement attachés (2). Les heureux résultats de la transfusion sur l'évolution du purpura méritent d'être signalés, d'autant plus qu'en pareil cas, les résultats sont assez variables (3).

Si nous nous plaçons au point de vue de l'étiologie psycho-pathologique, nous éliminons évidemment l'hypothèse d'une tumeur cérébrale (lenteur de l'évolution, début brusque, pas de signes physiques de tumeur, pas d'albuminose...) et l'hypothèse de troubles mentaux, au cours d'un syndrome adiposo-génital. En effet, d'après les examens que nous avons pratiqués, il ne saurait s'agir d'un syndrome hypophysaire. Sans nier la valeur des perturbations endocriniennes que semble bien présenter notre malade, sans passer sous silence un syndrome hypervago-tonique net, les troubles mentaux si spéciaux que nous avons relatés paraissent avoir une autre origine.

Psychose puerpérale ? Les troubles psychiques ne sont apparus que 5 mois après l'accouchement. Ce dernier s'est passé normalement, la malade a pu sortir de l'hôpital ; à aucun moment, il n'y eut infection post-puerpérale. Rien non plus qui fasse penser à une psychose de la lactation : l'enfant est mort à 2 mois 1/2. Les troubles mentaux ont débuté trois mois plus tard.

Le purpura hémorragique peut-il être mis en cause ? La confusion mentale que nous avons décrite se suffirait d'une telle étiologie, d'autant plus qu'il a pu exister des lésions graves du foie. N'oublions pas que nous avons trouvé de l'insuffisance hépatique. Mais nous devons attirer l'attention sur ce fait que, au moment où les hémorragies mettaient la vie de Mme R... en danger, c'est-à-dire à la période la plus grave de

(1) PURGAT Georges. — Purpura et gestation. Juin 1922, *Thèse de Paris*.

(2) Purpura hémorragique pendant la grossesse. RUDAUX. *Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie*, 12 octobre 1903.

Purpura récidivant au cours de la gestation. MM. VIGNES et STIASURE. *S. d'Obstétrique*, 10 janvier 1921.

(3) RIBADEAU-DUMAS et BRISSAUD. — Indications de la transfusion. *Journal médical français*, mai 1919.

l'affection, la malade ne présenta aucun trouble de l'intelligence. Bien plus, si l'on excepte une phase délirante passagère, ces troubles n'apparurent, avec leur symptomatologie complète, qu'au moment où l'état général se rétablissait. Il y eut un parallélisme très net entre l'amélioration de l'état physique et l'aggravation de l'état mental.

Sans que nous voulions en rien préjuger des faits, l'évolution clinique nous montre indiscutablement que la transfusion sanguine détermina, dans l'organisme de la malade, des perturbations thermodynamiques et humorales telles que Mme R..., dont le cas était jugé désespéré, fut radicalement guérie du purpura hémorragique. Simultanément s'installait un état confusionnel à forme amnésique, sans délire, sans troubles de la conscience, la malade se rendant parfaitement compte de sa situation, laquelle n'a pas varié depuis juillet 1921.

Nous ne chercherons pas à faire jouer à la transfusion sanguine un rôle prépondérant dans l'éclosion des troubles mentaux. La transfusion de notre malade fut intramusculaire et même dans les observations de transfusion intraveineuse, l'excitation psychique qui a été décrite sous le nom d'ivresse sanguine, est tout à fait éphémère ; dans tous les cas, elle apparaît au milieu d'autres phénomènes, tels que frissons, dyspnées, céphalées, cyanose qui constituent les accidents immédiats de la transfusion et notre malade n'a pas présenté de tels troubles. L'hyperthermie est le seul symptôme pathologique important qui ait suivi la transfusion de Mme R... Les renseignements que nous avons recueillis ne nous donnent pas à penser qu'il y ait eu des troubles de l'élimination rénale à ce moment. Il n'y a pas de doute que « la transfusion du sang, même à des doses modérées, provoque la stimulation du système nerveux..., a une action excitante sur l'hématopoïèse, augmente la coagulabilité du sang... agit sur le fonctionnement des glandes de l'organisme » (1). Mais ces phénomènes, comme le disent Jeanbrau et Giraud (2),

(1) RIBADEAU-DUMAS et BRISSAUD. — Indications de la transfusion. *Journal médical français*, 1922.

(2) JEANBRAU et GIRAUD. — Accidents de la transfusion. *Journal méd. français*, 1922.

« sont dus en somme à un effet de surprise du système vaso-moteur et leur caractère passager montre que celui-ci ne tarde pas à « se reprendre » et à réagir après un court délai, variable, du reste, suivant les individus ». En résumé, il n'a jamais été signalé de troubles mentaux durables chez les individus qui avaient reçu une transfusion sanguine. Des modifications cytologiques ont été constatées dans le sang des aliénés. Des dyscrasies sanguines n'ont jamais été relevées à l'origine des psychoses. Dans l'observation que nous avons relatée, les perturbations des grandes fonctions organiques dues à la grossesse antérieure et au purpura hémorragique suffiraient à expliquer la genèse des troubles mentaux. C'est pourquoi nous ne tirons aucune conclusion au point de vue de l'étiologie des symptômes. Mais que les troubles confusionnels soient apparus au moment même de la transfusion et qu'ils aient augmenté d'intensité lorsque l'état général stimulé par la transfusion se rétablissait, cette simple chronologie des faits nous incitait à présenter ce cas devant la Société Médico-psychologique. Les modifications humorales à la base des troubles psychiques sont encore mal connues. Même lorsque les cas ne sont pas péremptoires et prêtent à la discussion, il est intéressant de soulever cette question, surtout au moment où la psychiatrie française semble devoir quelques progrès aux tendances biologiques qui la caractérisent.

DISCUSSION

M. le Prof. CLAUDE. — J'ai écouté avec grand intérêt la communication de MM. Colin et Robin et je pense que dans leur cas il s'agit de lésions encéphaliques qui se sont constituées à la faveur de l'état dyscrasique dont le purpura a été la manifestation la plus importante. Il est difficile de dire quel fut le rôle de la transfusion dans la genèse des accidents. A l'appui de l'origine organique des phénomènes amnésiques rapportés, je rappellerai l'observation d'un malade que j'ai suivi pendant plusieurs années (1908-1914) avec Lévi Valensi et Quercy (1) et qui put être étudié très complètement

(1) H. CLAUDE et QUERCY. — Amnésie antérograde persistante, sans état démentiel, méningo-encéphalite syphilitique chronique et altération des glandes endocrines (*Soc. de Psychiatrie*, 33 octobre 1919).

au point de vue anatomique. Il s'agissait d'un syphilitique qui eut un ictus à la suite duquel il présenta une amnésie antérograde des plus accentuées, avec conservation des souvenirs anciens. Il n'était pas dément et critiquait nettement les troubles de la conduite que son amnésie provoquait. Par la suite, il fut atteint d'épilepsie et de crises d'excitation délirante liées à des poussées d'hypertension intracranienne. De plus, on avait constaté qu'il avait subi une augmentation de poids assez rapide et qu'à une certaine frigidité avait succédé une période d'excitation génitale très accusée. Les testicules étaient d'ailleurs augmentés de volume. A l'autopsie, on constata des lésions cérébrales en foyers multiples, expliquant l'amnésie, et d'autre part une distension ventriculaire, avec refoulement et compression de l'hypophyse dans le fond de la selle turcique par l'infundibulum. Il y avait eu sous l'influence de la méningite chronique une véritable hydrocéphalie secondaire. Il serait intéressant de savoir si la malade de MM. Colin et Robin présente également de l'hypertension intracranienne, car une décompression pourrait peut-être modifier l'évolution des troubles endocriniens, qui paraît de même origine que chez mon malade.

M. Henri COLIN. — M. Claude pourrait-il nous dire si son malade a présenté une augmentation de poids aussi considérable et aussi rapide que dans notre observation, 30 kilos en un mois. J'ai montré cette jeune femme à plusieurs neurologistes et jusqu'à présent personne n'a pu établir un diagnostic précis. Je regrette d'autant plus, en raison de la ponction lombaire qui vient d'être faite à la malade, de ne pouvoir vous la présenter aujourd'hui. Mais nous espérons pouvoir le faire à la prochaine séance de la Société Clinique de Médecine mentale.

Enfin je dois signaler l'hérédité très chargée de cette malade qui est une véritable psychopathe constitutionnelle.

M. Henri CLAUDE. — Notre malade avait engraisé de 25 livres en quelques mois.

Impressions psychiatriques d'un séjour à Zurich
(*La schizoïdie et la syntonie de M. Bleuler ; la méthode de Rorschach ; le nouveau service pour enfants anormaux ; le placement familial.*)

Par E. MINKOWSKI (1)

Un cas de délire polymorphe à évolution vers le type schizophrénique. Essai d'interprétation

Par MM. CLAUDE et BROUSSEAU

Nous avons désiré vous présenter cette malade, moins pour l'aspect clinique qui n'est point des plus rares, qu'en ce qu'il vous permet de contrôler dans une certaine mesure l'interprétation que nous nous proposons de vous soumettre.

Mlle Rose est âgée de 32 ans. Elle est entrée pour la première fois à l'Asile le 30 octobre dernier et cela à la suite de démarches qu'elle fit à la Présidence de la République dans le but d'apposer sa signature sur le traité de Versailles.

Son hérédité paraît chargée ; la grand'mère maternelle est morte à l'asile, un cousin germain fut interné pendant 9 ans, son frère est considéré comme très simple d'esprit. De plus, la mère est morte de tuberculose pulmonaire.

Rose mena une vie apparemment normale jusqu'en 1917, époque à laquelle, âgée de 27 ans, elle parut pendant 15 jours extrêmement bizarre et excitée ; l'internement ne fut pas nécessaire. Depuis ce temps, elle sembla souvent étrange, originale dans son allure et ses propos, mais n'en continua pas moins à exercer correctement son métier de bonne à tout faire. C'est seulement dans les dernières journées d'octobre que se produisit une nouvelle période d'excitation, dont les manifestations entraînèrent son placement.

(1) Ce travail sera publié sous forme d'article dans le numéro de février.

Elle se présenta au D^r Dupouy et à nous-même comme étant Jeanne d'Arc, Marie-Louise, la Muse, le Bon Génie, la Mère du Christ, l'ambassadeur du Ciel et de la Terre et de la Lune venu pour racheter les péchés du monde, pour aider les prêtres qui ne sont pas toujours assez dignes. L'esprit de Dieu l'animait et cette élévation s'harmonisait avec l'expression hautaine, impérieuse, quasi-prophétique, de ses propos.

Parmi ces idées mystiques viennent interférer des idées de coloration nettement érotique, « elle est le fruit d'un viol » et rit en disant que son père, ayant épousé sa mère « alors qu'elle était déjà au nid », il l'a épousée elle aussi du même coup. Elle achèvera sa vocation et gagnera le mariage et deux bébés par précaution, afin qu'il ne lui arrive pas comme à Mme Beauharnais. Elle a fui plusieurs maisons parce que les bourgeois sont par trop humoristes et amoureux ; elle est sainte Nitouche inondée de lumière, Marie entourée d'anges pour avoir des amants, Cupidon Blanc, etc. » ; enfin, et c'est là, sous des formes variées, une dominante, sa personne est réservée pour René L. C. dans la famille de qui elle fut employée pendant 4 ans. Tout cela exprimé avec volubilité, par le moyen d'associations verbales superficielles permettant une grande mutabilité parmi les thèmes délirants ; l'œil vif, la répartie prompte, elle pouvait, à un premier examen, incliner à poser le diagnostic de syndrome maniaque.

On ne trouvait par ailleurs aucune trace d'affaiblissement intellectuel ; la mémoire est remarquable, et elle utilise avec grande habileté les données de son instruction primaire, le fruit de ses lectures, particulièrement orientées vers les choses de la religion. Le jugement est souvent très juste pour tout ce qui ne tombe pas sous le coup des idées délirantes. L'activité professionnelle est parfaitement cohérente ainsi que nous avons pu le constater depuis son entrée. Une recherche minutieuse, souvent renouvelée, nous a convaincus qu'elle n'avait jamais eu d'hallucinations, et que ses convictions se fondaient avant tout sur les données de son imagination particulièrement riches au cours de la nuit ou quand, les yeux clos, elle s'abandonnait à la rêverie.

Enfin on remarque, au cours de chaque interrogatoire, la production discontinue d'un bruit glottique, qu'elle attribue au travail des Esprits et qui paraît destiné à contenir l'expression d'idées, lesquelles tendraient à contrarier le cours de la conversation engagée.

On ne relève aucune affection organique du système nerveux ou des autres appareils.

En résumé, Mlle Rose présentait à l'entrée un état d'excitation intellectuelle au cours duquel elle exprimait des idées délirantes d'un caractère mystique et parfois érotique, manifestant une mission divine et des préoccupations amoureuses fondées principalement sur des conceptions imaginatives.

Un tel tableau clinique peut être, selon les auteurs français, classé sous la rubrique *délire polymorphe chez une dégénérée* ; la conception kræpelinienne permettrait, par ailleurs, de l'envisager comme un cas de *démence paranoïde*.

Délire polymorphe chez une dégénérée ; cela constitue un point de vue clinique devant la situation actuelle ; mais, chez un sujet d'hérédité chargée, on peut imaginer bien des façons de parvenir à réaliser le tableau pathologique que nous avons esquissé. Aussi croyons-nous qu'une telle appellation est imparfaite et ne saurait épuiser tout l'enseignement qu'apporte un pareil cas.

Le terme « *démence paranoïde* » nous satisfait encore moins. Une extension excessive permet d'assembler sous ces mots les cas les plus disparates ; les avoir prononcés ne nous avance en rien ; enfin il nous choque d'employer le mot « *démence* » à propos d'une malade dont l'orientation, la mémoire, le jugement et l'activité professionnelle sont excellentement gardés. Il nous paraîtrait déplacer arbitrairement le sens d'un mot dont l'acception fut longtemps très précise.

Aussi pensons-nous que l'on peut serrer de plus près le problème psychologique ainsi posé, et cela, en recourant aux procédés habituels de l'analyse mentale, employés au cours d'interrogatoires minutieux, et appliqués au contenu des idées délirantes.

Il faut noter d'abord que l'état d'excitation d'allure

hypomaniaque que l'on constate encore ne saurait être rapporté à la folie intermittente. Il trouve, en effet, peu d'aliment dans l'ambiance ; s'il arrive que Rose exprime quelque réflexion plaisante ou caustique, elle retourne vite à ses préoccupations favorites qui ressortent bien davantage au monde intérieur, imaginatif, où elle se complaît. Patiente, non hostile, confiante dans les certitudes qu'elle nourrit, elle se désintéresse relativement du monde extérieur ; selon sa propre expression, qu'elle soit en place ou à l'asile, elle attend son heure. Elle s'est donc largement abstraite de son milieu ; et pour caractériser cet état d'un mot emprunté à l'Ecole de Zurich, elle n'est plus *syntone* à ce milieu.

Cette situation dure depuis des années ; certainement depuis 1917, peut-être depuis 1914 ; l'anamnèse montre qu'à partir de ce temps sa vie psychologique s'est développée avant tout par le moyen de conceptions imaginatives nées au cours de rêves ou seulement de rêveries, et auxquelles elle accorda bientôt une foi bien assurée, demeurant inébranlée par les éléments réducteurs qu'un esprit normal eût puisés dans l'expérience de la vie quotidienne.

En somme, la personnalité de notre malade trouve en elle-même ses propres raisons d'activité et de progrès vers un but que nous envisagerons bientôt, et contre lesquelles sont loin de prévaloir les conditions de sa vie sociale. Si nous voulons parler le langage de Bleuler, nous assistons en quelque sorte à un affranchissement partiel de la pensée *autiste*, par opposition à ce qu'il appelle la pensée « réaliste » ou pensée orientée vers l'activité pratique.

Mais ce terme « autisme » ne trahit qu'un mode de l'activité psychologique. Par quoi cette dernière se trouverait-elle donc ainsi déterminée ? Nous inclinons à penser que ce mécanisme vise à satisfaire certaines tendances affectives qui n'ont point été favorisées au cours de l'existence de Rose :

Née de parents de condition très modeste, elle est très précocement éprouvée par la mort de son père tué dans un accident sur la voie ferrée ; la mère demeure seule pour élever trois enfants ; bientôt elle est

atteinte de tuberculose pulmonaire et sa fille aînée doit à la fois la soigner et contribuer à élever son frère et sa sœur. Dès ce moment, Rose chercha un secours du côté de la religion : catéchisme, sacrements, lui apportent une véritable joie. Elle explique encore cette disposition disant : « J'ai trouvé mon soulagement dans la religion. Ceux qui sont heureux n'en ont pas besoin. » Elle assiste avec dévouement sa mère qui meurt au bout de 2 ans, la laissant à 18 ans orpheline, ayant à sa charge les deux autres enfants.

Elle travaille dans la couture, s'en acquitte bien, puis des parents s'étant chargés de son frère et de sa sœur, elle se place à 20 ans comme bonne à tout faire. En 4 ans, elle fait 3 places, et c'est dans la dernière des familles où elle servit qu'elle paraît avoir polarisé ses tendances amoureuses, en la personne du fils de la maison, M. René L. C.

Cet homme est marié ; mais, à certaines façons qu'il avait, elle comprit qu'elle serait un jour sa femme.

La déclaration de guerre, par le choc émotif qu'elle provoqua en elle, contribua à fixer et à sublimer en partie le complexe affectif ainsi ébauché. Une nuit l'esprit de Dieu se glisse dans son lit, chastement, dit-elle, « et non face à moi comme pour le péché », à son côté ; elle s'offre pour libérer le sol mais formule aussi le vœu de sa récompense. Lorsque tout sera accompli elle aura deux jumeaux. Et Dieu lui répondit : « Tu seras exaucée ». Alors s'établit et se perpétue jusqu'à maintenant la conviction de sa mission divine et de la récompense temporelle.

Ceux qui vivent avec elle commencent à la trouver bizarre. En effet, animée de l'esprit de Dieu, elle s'exprime avec dignité et autorité. Libératrice du sol, elle est comparable à Jeanne d'Arc qui finit par s'incarner en elle en 1917 et dont elle réalise maintenant la coupe de chevelure et le ruban ceignant le front. Dans les moments d'excitation, elle étend sa mission au rachat du monde, au retour de la pureté parmi les hommes. Cela survient particulièrement en 1917, durant une quinzaine de jours, et enfin au cours de 3 journées fin octobre dernier.

Mais si l'on pousse l'analyse, toute cette valeur mystique qu'elle s'est elle-même conférée est suscitée dans un but qui n'intéresse plus l'humanité tout entière, mais seulement son propre bonheur terrestre :

« Je fais l'amour dans les nuages depuis des années, dit-elle ; je ne me suis donnée à René L. C. qu'en pensée ; maintenant, il faut mettre le doigt dans la plaie. Je ne veux pas qu'il m'arrive comme à Mme Beauharnais. René est Napoléon et je suis Marie-Louise. » Dans ses rêveries, elle voit morte la femme de René, l'impure, qu'elle appelle parfois Joséphine, qui est condamnée au tribunal de Dieu et doit disparaître pour lui laisser la place.

Ses désirs amoureux revêtent souvent une apparence symbolique assez transparente. En elle s'unissent le soleil et la lune, s'opèrent des conjonctions avec les esprits ; elle ferme les yeux et voit un diamant magnifique ; puis elle ajoute : « quand il est dans son écrin, l'écrin est la satisfaction du diamant ».

Ses rêves enfin, qu'elle interprète spontanément, marquent toujours la même tendance érotique ; par exemple : « Je vois un serpent qui se pavane sur mon édredon : deux coups de ciseaux : cela fait trois tronçons, la tête, le milieu et... le reste. La tête, c'est Joséphine, c'est la femme impure, la vipère maudite, le milieu c'est homme ; le reste, c'est l'enfant. La tête se joignant au milieu, c'est le poison que l'un donne à l'autre, c'est l'amour adultère, bigame, satyre, etc. » Et elle commente ainsi : « Je représente par rapport à la vipère l'opposition, la chose pure ; l'homme c'est René ; la vipère, c'est sa femme. Ils cachent leur vice parmi leur verdure, sous leurs habits. Ceux qui jouissent de l'amour et en détruisent le germe sont des assassins. L'homme et la femme en portent le péché. Je ne me suis jamais donnée à l'homme qu'en pensée, et ce fut à René. Dieu me promet deux jumeaux, donc le mariage. »

Cette même préoccupation se manifeste toujours constante au cours de deux mois d'observation ; elle explique et justifie la multiplicité des aspects morbides.

Mais quelle que soit l'ardeur de ces désirs, on ne les

voit point s'accompagner d'une activité propre à les satisfaire.

Forte de l'appui et de la promesse de Dieu, elle ne permet pas le doute : « Dieu qui a résolu la guerre par moi ne veut pas que l'on m'insulte. C'est lui que vous insulteriez en moi. Il veut maintenant sa récompense pour moi. Sans amour on n'a rien et il m'a promis deux enfants : je suis gourmande, je les aurai à mon goût, avec l'homme de mon choix que j'ai déjà choisi. Et cet homme c'est René L. C. ».

Nous pensons avoir suffisamment mis en valeur la tendance affective profonde qui, se satisfaisant selon un mode de pensée autiste, s'épanouit en idées délirantes dont la diversité et le peu de fixité apparente risquent de faire méconnaître la signification intime.

L'un de nous avait, dès 1910, attiré l'attention sur ces cas où domine un état de dissociation psychologique sans que l'on y observe de démence proprement dite. Aussi sommes-nous inclinés à faire rentrer cette observation dans ce groupe de faits que M. Chaslin a classés en 1912 sous le nom de *psychoses discordantes*, cependant que M. Bleuler, en 1911, les distinguait sous le vocable de *schizophrénies*. Des états schizophréniques, en effet, Rose présente les caractères essentiels : moindre contact avec le réel, troubles de l'affectivité exprimés par sa confiance absolue en son destin et sa résignation aux conditions actuelles de sa vie, développement extrême d'un mode de pensée autiste par quoi se manifeste et se satisfait en partie un complexe dès longtemps constitué.

En terminant, nous tenons à marquer l'imperfection de cette étude ; nous nous rendons compte qu'il ne suffit pas d'avoir tenté d'expliquer le contenu délirant et qu'un problème fondamental demeure inattaqué : à savoir, celui des causes héréditaires ou acquises, physiques ou psychiques qui ont permis l'éclosion et le développement de ce délire.

La séance est levée à 6 heures 15.

Les secrétaires des séances,
René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

BINET-SANGLE, *La fin du secret*. (Albin Michel, Paris), 1922.

Il n'est plus possible, grâce aux procédés étudiés par l'auteur, de conserver un secret caché dans le fond de sa conscience ; rien ne pourra désormais échapper aux investigations des *euthypercipients*, qui ont le pouvoir de lire directement dans la pensée d'autrui. Voilà, enfin, définitivement rendue facile la tâche des juges d'instruction. « Lorsque les volés, les parents des assassinés, et les nations menacées sauront qu'il existe un moyen d'extraire du cerveau des délinquants, des criminels et des conquérants leurs secrets les plus cachés, il faudra bien que les magistrats, les diplomates et les militaires suivent l'exemple des juges abyssins et thibétains, des aéropagites du temps de Sophoclès, du Procureur de Vaginay, du juge d'instruction de Pessenprat, du plénipotentiaire von Armin, et des chefs de l'insurrection camisarde » (p. 7).

Rien n'est plus facile à comprendre : « De même que les ondes électriques artificielles sont déterminées par les décharges qui éclatent entre les sphères métalliques de l'oscillateur de Hertz, de même les ondes cérébrales sont déterminées par les décharges qui éclatent à travers les neuro-diélectriques du cerveau. De ces ondes, les unes s'engagent dans les nerfs centrifuges, et donnent lieu à des contractions musculaires ou à des réactions chimiques. Les autres traversent les méninges, le crâne, le cuir chevelu, et se répandent dans l'éther environnant » (p. 25).

A lire les expériences et les 22 douzaines d'observations qui illustrent ce livre, on se croirait transporté dans le pays de fantasmagories des Mille et Une Nuits, à cela près toutefois que Schéhérazade ne se proposait pas d'autre but que de charmer l'imagination. On peut assurément déplorer qu'un livre tel que *La Fin du Secret* soit signé d'un médecin, mais il ne s'adresse qu'à un public convaincu d'avance, pour lequel la science « vulgarisée » n'a pas besoin d'avoir toute la rigoureuse précision que réclamerait un public médical.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Quelques cas de psychose hallucinatoire chronique, par MM. J. LAMSSENS et G. VERMEYLEN, médecins de la Colonie de Gheel (in *Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belgique*, nos 192-193).

Après avoir brièvement rappelé les conceptions de Lasègue, Falret, Magnan, Kræpelin, Ziehen, Séglas et Cotard, Wernicke, Dupré, Gilbert Ballet, les auteurs de ce travail aboutissent aux conclusions suivantes basées sur l'examen de dix cas observés par eux.

Pour MM. Lamsens et Vermeylen, l'âge habituel du début est de 40 à 60 ans, les premières manifestations de la maladie sont toujours d'ordre affectif (période d'inquiétude, de Magnan). Le trouble affectif peut rester plus ou moins longtemps diffus et sans traduction représentative ; le plus souvent il donne très rapidement lieu à des interprétations délirantes diverses, en particulier à des idées hypocondriaques. Dans un certain nombre de cas, les idées de persécution accompagnent presque d'emblée le trouble affectif, mais il semble que les phénomènes sensoriels soient peu constants au début. Pour MM. Lamsens et Vermeylen, l'hyperesthésie sensorielle est conditionnée par un état affectif morbide renforcé ou non par des idées délirantes.

A la période d'état, les hallucinations se forment. Les hallucinations auditives sont les plus fréquentes. Viennent ensuite les hallucinations cœnesthésiques, motrices, gustatives, olfactives et même les hallucinations visuelles qui, pour MM. Lamsens et Vermeylen, sont plus fréquentes que ne l'accordent habituellement les auteurs.

Les idées délirantes sont, pour eux, « secondaires aux troubles affectifs du début et aux troubles sensoriels ultérieurs ». Elles sont analytiques et explicatives, rendues variables et parfois incohérentes par l'adjonction d'apports imaginatifs considérables. Elles ne déterminent que des réactions souvent paradoxales et généralement platoniques. D'autres réactions impulsives et violentes peuvent se produire sous l'influence des troubles affectifs soit primitifs, soit secondaires aux hallucinations.

Les cas de terminaison démentielle de la psychose hallucinatoire chronique ne sont très probablement que des cas

de démence organique ou sénile surajoutée. En dehors de ces cas, le déficit n'est jamais très marqué. On peut tout au plus parler de démence fruste, consistant plus en un trouble de certaines fonctions mentales qu'en une véritable régression (tendance à la monotonie des hallucinations, à la stéréotypie des idées et des actes, diminution du caractère pénible des sensations morbides). MM. Lamsens et Vermeulen considèrent la psychose hallucinatoire chronique comme un état mental morbide caractérisé par un trouble initial dans les rapports somato-psychiques, troubles déterminant à sa suite des phénomènes d'automatisme mental persistants, une réaction interprétative peu systématisée et admettant une conservation prolongée de l'activité psychique.

D'étiologie obscure, ce syndrome, forme de transition entre les psychoses constitutionnelles et les psychoses organiques, prend place parmi les délires chroniques, à côté des délires d'interprétation et d'imagination.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 18 Décembre 1922

Présidence de M. le Dr ARNAUD

Psycho-névrose post-traumatique et comitialité associées. Aura sensitivo-gustative et génitale, Docteur Marcel BRIAND. (Présentation de malade).

Il s'agit d'un malade qui, depuis une chute de motocyclette, sur la tête, présente, à la fois, le syndrome classique d'une psycho-névrose post-traumatique et qui, de plus est sujet à de courts et fréquents vertiges nettement comitiaux. Ils sont conditionnés par une aura sensitivo-gustative, suivie d'un frémissement par tout le corps, avec érection et très courte suspension de la conscience.

Une question, à la fois clinique et médico-légale, se pose à l'occasion de ces vertiges : Le blessé n'était-il pas déjà épileptique et son accident n'aurait-il pas été occasionné par un vertige ? — S'il n'est pas inadmissible que le sujet ait pu avoir, antérieurement, des crises ignorées de lui, il serait invraisemblable que son entourage ne les eût pas

constatées. D'autre part, l'aura qui précède le vertige, est trop caractéristique (frémissement débutant dans les pieds pour s'étendre à tout le corps avec goût particulier dans la bouche et érection) pour ne pas avoir attiré plus tôt l'attention du blessé. On se trouve donc en présence d'une association, rencontrée assez communément chez les blessés du crâne : Psycho-névrose *émotionnelle* et comitialité *commotionnelle*. Cette association ne doit pas être confondue avec les psycho-névroses post-traumatiques simples qui s'accompagnent, aussi, de tendances vertigineuses et même de vertiges d'ordre purement émotif.

Encéphalite léthargique et tremblement. (Présentation de trois malades).

M. Henri COLIN montre trois malades de son service. Tous les trois, à la suite d'encéphalite léthargique ancienne, sont affligés d'un tremblement qui les empêche de se livrer à aucun travail.

M. Colin, de même qu'il l'a fait à propos des troubles respiratoires ayant la même origine, montre la très grande variabilité du symptôme observé.

Dans un cas, il s'agit d'une jeune femme de 28 ans chez laquelle l'émotion ou l'acte volontaire exagère le tremblement, qui s'exaspère lorsque le malade fait effort pour l'arrêter.

Dans un deuxième cas (jeune homme de 22 ans), au contraire, le tremblement cesse au commandement ou sous l'influence de la volonté.

Chez le troisième malade, âgé de 18 ans, le tremblement qui affecte les membres supérieurs s'exaspère de façon intense sous l'influence de l'émotion ou de l'acte intentionnel. De plus, ce malade est paraplégique, il ne peut se tenir debout. Mais c'est, en même temps, un somnambule et il lui est arrivé, dans l'hôpital où il était, de se lever brusquement et de se jeter sur une infirmière qu'il a failli étrangler. A l'Admission, il s'est levé, une fois, la nuit, et a marché.

Pour M. Colin, ces faits sont assez troublants et on doit faire intervenir, à côté de la cause immédiate, la constitution émotive ou névropathique du sujet.

Deux des malades à hérédité chargée sont des dégénérés constitutionnels. D'après lui, il y aurait, dans ces cas, association de deux éléments morbides.

Quant à la raison qui a conduit ces malades à l'asile, c'est, dans un cas, la tendance aux réactions violentes et dangereuses ; dans les deux autres, la tendance au suicide

qui se développe nettement très souvent chez ces malades que leur état désespère et qui se voient dans l'impossibilité de gagner leur vie.

Délire de grossesse chez une persécutée mégalomaniac.

M. E. ADAM, interne à Charenton, communique l'observation d'une malade atteinte de délire de persécution chez laquelle est apparu, au moment de la période mégalomaniac, un délire de grossesse par interprétation d'un état physiologique de ménopause.

L'intérêt de cette observation réside : dans le mode d'apparition de l'idée délirante, dans ce fait que la malade ne présente pas d'affaiblissement intellectuel et dans le caractère nettement euphorique et mégalomaniac que revêt chez elle l'idée de puerpéralité. L'auteur signale enfin une réaction de la malade qui n'hésite pas à utiliser son propre trousseau pour en tirer une layette destinée à l'enfant qu'elle attend.

Désertion et troubles mentaux au début du service militaire chez un mulâtre romanichel. — Présentation de documents.

MM. Paul COURBON et J. EISSEN rapportent l'histoire d'un mulâtre romanichel, débile accentué, qui n'a pas su se plier aux exigences du service militaire et qui a déserté. Ils insistent sur l'importance du facteur ethnique dans l'appréciation de l'acte délictueux.

Les persécutées érotiques. — Présentation de documents.

M. PRIVAT DE FORTUNIÉ communique deux observations de persécutées érotiques. Dans un cas, il s'agit d'une persécutée présentant les apparences d'une érotomane, dans l'autre, d'une érotomane présentant les apparences d'une persécutée.

VARIÉTÉS

LA FAMINE RUSSE ET SES CONSÉQUENCES AU POINT DE VUE MÉDICAL ET SANITAIRE

Rapport adressé le 10 décembre 1922 aux Médecins, aux Biologistes et aux Savants du monde entier par le Secrétariat du D^r Nansen, à Genève.

La famine russe, qui a attiré l'attention du monde entier et qui a suscité tant de généreux mouvements humanitaires, présente un aspect particulièrement intéressant pour les hommes de science, pour les biologistes et les médecins de tous les pays.

Il est actuellement possible, en se basant sur des données strictement objectives, de présenter au monde scientifique un tableau d'ensemble des proportions véritables de la famine russe et des conséquences du désastre au point de vue biologique et sanitaire. Ces notes mettront de plus en lumière la situation tragique des médecins et des hommes de science russes qui n'ont pas cessé, malgré de terribles difficultés, de lutter courageusement contre le fléau.

HISTORIQUE

On sait que depuis des temps immémoriaux, la famine s'est fait sentir en Russie périodiquement chaque 5 ou 10 ans. Avant le xvii^e siècle, on avait déjà enregistré 43 années de famine ; pendant le xvii^e siècle, 15 ans ; pendant le xviii^e, 19. Pendant la seconde moitié du xix^e siècle, on a enregistré de fortes famines en 1873, 1884 et 1891. La dernière fut celle de 1911.

La famine de l'année 1921, plus terrible que toutes les précédentes, est due surtout à la sécheresse extraordinaire qui a sévi dans la région du Volga et en Ukraine. A côté de ces causes climatiques, le facteur essentiel de la famine fut le niveau trop bas de l'économie agricole russe, et la réduction, pour de multiples raisons, de la surface ensemencée. De plus, à la suite de la famine partielle de 1920, des guerres étrangères et civiles, les paysans n'avaient pas de réserves de céréales lorsqu'éclata la famine de 1921-1922.

En outre, la détresse économique générale rendait très difficile le problème du ravitaillement et des secours.

L'ÉTAT DE LA POPULATION RUSSE AVANT LA FAMINE DE 1922

Avant la famine de 1921, la population russe se trouvait déjà dans un état d'affaiblissement physiologique prononcé.

Les victimes de la guerre mondiale et civile ont atteint en Russie le chiffre de 3 1/2 millions d'hommes. Pendant cette époque, les épidémies se sont développées dans des proportions extraordinaires. Selon le Professeur Tarassévitch, 25 millions d'individus furent atteints du typhus exanthématique. La fièvre récurrente prit également une extension considérable. En 1919, on a enregistré 225.997 cas de cette affection ; en 1920, 700.000 cas.

Le choléra n'a cessé de sévir en Russie pendant la guerre et la révolution. En 1918, on a enregistré 41.352 cas ; en 1919, 3.998 ; en 1920, 22.106 et au cours de l'année 1921, 176.888 cas.

L'entérite et la dysenterie font également de grands ravages. En 1920, on enregistra 424.481 cas d'entérite et 324.389 cas de dysenterie. En 1921, le nombre des cas s'élevait à 308.548 pour l'entérite et 197.420 pour la dysenterie.

Quant au scorbut 63.976 cas ont été enregistrés en 1920 et 46.213 cas en 1921.

Les maladies sociales, la tuberculose, les maladies de l'alimentation ont atteint une extension considérable ; *la vieillesse physiologique précoce est devenue le sort d'une grande partie de la population.*

LES VICTIMES DE LA FAMINE

On peut admettre, d'après les derniers renseignements, que le nombre des décès dûs à la famine est de 3 millions.

Pour la Crimée seulement, les statistiques officielles indiquent que le nombre des victimes de la famine pendant les mois de février, mars et avril 1922 atteint le chiffre de 47.068.

Dans le gouvernement de Samara, le 8,1 0/0 de la population (210.000 personnes) périt de faim au mois durant les mois de février et de mars.

Dans la République Bachkire, 83.740 personnes moururent d'inanition sur une population de 1.200.000 habitants.

Pour donner un exemple concret des ravages de la famine et des épidémies, nous citerons un tableau de la situation dans le petit village de Maslianikovka (district du gouvernement de Nicolaïev). Il illustre clairement la situation des milliers de villages, pareils en Russie et en Ukraine. Maslianikovka comptait 843 habitants le 1^{er} janvier 1922. La mortalité mensuelle fut la suivante de janvier à août 1922 :

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	Total
9	1	5	6	11	27	33	8	100

Mortalité suivant l'âge :

Enfants 0 à 16 ans	Adultes 16 à 50 ans	Vieillards de plus de 50 ans
30	40	30

Causes de décès :

Femmes	Typhus exanthématique	Choléra	Inconnu
69	16	9	6

LA PATHOLOGIE DE LA FAMINE

La famine a provoqué l'apparition de toute une série de maladies et a fortement aggravé la marche de toutes les épidémies.

Par suite de l'emploi de succédanés, l'entérite est très répandue parmi les populations affamées. Cette affection est la cause d'une mortalité très élevée, soit par intoxication de l'organisme, soit par lésions graves de l'appareil digestif. Le Commissariat pour la Santé Publique d'Ukraine a enregistré dans 5 gouvernements, du 1^{er} janvier au 1^{er} avril 1922, 1.705 cas d'intoxication dûs aux succédanés, et il considère ce chiffre comme bien inférieur à la réalité.

Voici, à titre documentaire, la constitution chimique d'un échantillon de « pain » consommé dans les régions affamées (1) :

Eau	10,2	0/0
Graisses et substances extractives .	0,713	»
Substances azotées	4,46	»
Azote des albumines	2,14	»
Cendres	4,3	»
Cellulose	39,87	»
Hydrates de carbone	38,27	»

Les paysans employaient même comme succédanés des substances qui n'ont aucune valeur nutritive, comme l'argile, la chaux, etc.

La famine et l'emploi des succédanés provoquent également des œdèmes, de l'anémie grave, la maladie de Barlow.

Chez les personnes épuisées par la faim, la moindre affection a une issue fatale. On n'ose jamais employer le narcose qui provoque des complications graves. Les plaies opératoi-

(1) Nouvelles du Commissariat pour la Santé Publique, N° 1-2, 1922, p. 8.

res se cicatrisent mal et suppurent facilement. Les maladies infectieuses ont toujours une marche grave.

On a noté également une recrudescence considérable des maladies mentales dans les régions affamées. D'après le rapport du Dr Ilion (1) au Congrès des Sections pour la Santé Publique du gouvernement de Perm (1-5 juin 1922), les districts affamés de cette région présentent une augmentation frappante du nombre des malades mentaux.

D'après le Dr Ilion, la faim provoque la dislocation complète du psychisme. Chez les dégénérés, elle éveille des tendances criminelles en les poussant vers le cannibalisme et la nécrophagie. La mortalité des aliénés devient très élevée et atteint le chiffre de 37,7 0/0. Dans la psychose maniaco-dépressive, la famine prolonge les phases de la maladie et provoque rapidement la mort par épuisement; dans les formes amentielles, la mortalité devient énorme; dans l'épilepsie, les crises deviennent très fréquentes et la démence est rapidement progressive.

La famine a provoqué en outre une recrudescence extraordinaire des épidémies. Les chiffres tout récents publiés par la Commission d'Hygiène de la Société des Nations sont très éloquentes à ce sujet. Le nombre des cas de typhus exanthématique officiellement enregistré sur le territoire de la Fédération Russe, du 1^{er} janvier au 16 septembre 1922, s'élève à 1.095.719 et le nombre des cas de fièvre récurrente à 944.623. Pour la même période de l'année précédente, ces chiffres étaient respectivement de 470.532 et 720.573 (2). (Rapport épidémiologique de la Société des Nations, 30 octobre 1922).

Le Dr Haigh, membre de la Commission d'Hygiène de la Société des Nations et conseiller médical de l'Action Nansen, donnait en mai 1922 des renseignements frappants sur le rôle de la famine dans la propagation des épidémies (3).

GOUVERNEMENT DE SAMARA

	1-28 janvier	28 janvier-25 février	26 février-25 mars
Typhus exanthématique	4178	3300	4174
(année passée)	(488)	(673)	(992)
Fièvre récurrente	5583	3371	5123
(année passée)	(366)	(752)	(978)

(1) Nouvelles du Commissariat pour la Santé Publique, N° 16, p. 7, 31-8-22.

(2) On sait que le chiffre des cas enregistrés officiellement doit toujours être multiplié par 2 ou 3 si l'on veut obtenir le nombre des cas réels.

(3) Information du Haut Commissariat du Dr Nansen (N° 23).

Le mouvement des réfugiés a continué durant tout l'hiver et a été la cause principale de la propagation des épidémies. De l'enregistrement des malades pour les services de chemins de fer, il résulte que les cas ci-dessous ont été relevés aux gares :

	1-28 janvier	28 janv.-25 février	28 févr.-25 mars
Typhus	23.130	61.930	81.785
(année passée) ..	(3660)	(4060)	(3741)
Fièvre récurrente	21.582	53.506	69.539
(année passée) ...	(4166)	(4983)	(3789)

Ces chiffres démontrent quelle part importante le mouvement des réfugiés affamés joue dans la propagation des épidémies ; il en est de même du choléra pour lequel la plupart des cas enregistrés jusqu'ici ont été constatés le long des lignes centrales.

Le choléra s'est, en effet, développé comme le prévoyait le Dr Haigh. Le nombre total des cas, du début de l'année au 26 septembre 1922, a été de 74.329, selon le rapport épidémiologique de la Section d'Hygiène de la Société des Nations du 13 octobre 1922.

L'efficacité d'une aide sanitaire rationnelle est cependant prouvée par les expériences déjà faites : dans les gouvernements où le secours médical fut apporté, les épidémies ont considérablement diminué.

Ainsi, dans le gouvernement de Tzaritzine, où travaillent, à côté des organisations médicales russes, l'American Relief Administration, la Croix-Rouge Italienne et la Croix-Rouge Suisse, on a enregistré, au mois de janvier 1922, 28.885 cas de maladie et 1.725 cas de mort, tandis qu'au mois de mai, on a enregistré seulement 1.632 cas de maladie et 976 cas de mort.

Par contre, en Crimée, où aucun secours ne fut apporté, les maladies infectieuses se sont accrues dans des proportions considérables ; le typhus exanthématique a atteint, au mois de janvier 1922, 322 personnes, et, au mois de juin, 3.773.

(Rapport du 13 novembre 1922, de M. Lander, représentant du gouvernement soviétique auprès des organisations étrangères de secours.)

L'ÉTAT DES INSTITUTIONS MÉDICO-SANITAIRES

Avant la guerre et la révolution, chaque gouvernement était divisé en une série d'arrondissements médicaux dont chacun comprenait un rayon d'action de 700 à 1.500 kilomètres carrés, avec une population de 20 à 30.000 habitants. Chaque arrondissement médical possédait une ambulance,

un hôpital pour 10-50 lits, une maternité et une organisation pour la lutte contre les épidémies. Pendant la guerre mondiale et la guerre civile, les institutions médicales des arrondissements ont été profondément désorganisées. Le matériel sanitaire, les instruments médicaux sont devenus toujours plus rares et se sont usés ; le manque de médicaments est devenu toujours plus aigu. Le nombre des médecins et du personnel médical auxiliaire a également diminué. Selon le Dr Gran, pendant la période 1914-1921, le nombre des médecins russes est tombé de 40.000 à 15.000.

La famine a aggravé dans une large mesure la situation des institutions médicales. Les produits alimentaires, le combustible, les médicaments manquent partout. Le manque de chevaux et de moyens de communications sépare le médecin de la population qu'il doit soigner.

Le Dr Haigh vient de faire une enquête approfondie dans les gouvernements ukrainiens de Kherson, Nicolaïev et Odessa. « Il est hors de doute, dit-il, que le sort déjà si tragique des médecins n'a pas encore atteint son point critique. Nos collègues manquent de vivres et doivent se tirer d'affaire comme ils peuvent, eux et leurs familles... On ne saurait trop faire connaître ces faits au corps médical étranger, dans l'espoir qu'on active les secours, qu'on envoie des colis de vivres et que les organisations fassent leur possible pour nourrir ces malheureux... »

Les « Nouvelles du Commissariat pour la Santé Publique » décrivent avec beaucoup de détails l'état des institutions médico-sanitaires dans les différentes régions de la Russie.

Dans le n° 17, du 15 septembre 1922, nous trouvons la description suivante :

« Dans la région de Karatchaïevo (Caucase), il y a en tout 3 hôpitaux, avec 100 lits chacun. L'état de ces institutions médicales est vraiment désastreux. Elles sont à moitié détruites, sales, et sont devenues de véritables cloaques. Tout manque, on n'a ni linge, ni combustible. Les malades meurent de faim et d'épuisement. La situation est semblable dans la région Kirghise, où le 50 0/0 du personnel médical a contracté le typhus exanthématique, à Tamboff, à Rostovs/-le-Don, et dans tous les gouvernements atteints de la famine. »

LA SITUATION CRITIQUE DU PERSONNEL MÉDICAL

Le personnel médical, qui est au premier rang dans la lutte contre la famine, souffre autant d'inanition que la population affamée elle-même. Les journaux médicaux russes ont cité plusieurs cas dans lesquels des médecins sont morts de faim.

Au cours des terribles épidémies qui se sont abattues sur la Russie, les médecins ont péri par milliers. Les conditions dans lesquelles ils ont travaillé dans les régions affamées furent particulièrement difficiles. Eloignés des centres de culture de l'étranger, et même de leur propre pays, isolés dans de petits villages où règnent les épidémies et où la mortalité est énorme, privés souvent de moyens de venir au secours de la population parmi laquelle ils travaillaient, ils sont restés, néanmoins, à leur poste de combat.

« L'alimentation du personnel médical, écrivait le Dr Gikkel dans les « Nouvelles de la Section d'Hygiène publique d'Oufa » (avril 1922, p. 6), est très mauvaise dans le gouvernement d'Oufa. Il est obligé d'ajouter à la farine des succédanés. Chez un infirmier, on a trouvé 10 pouds de chaux utilisés par lui comme aliment. Cette mauvaise alimentation, jointe à un travail qui est un vrai surmenage, épuisa complètement le système nerveux du personnel médical, qui se trouve ainsi dans une situation désespérée. »

Et pourtant, dans les appels qu'ils ont adressés à leurs collègues du monde entier, les médecins russes insistent moins sur leurs souffrances personnelles que sur la nécessité de leur donner les moyens de remplir leur rôle bienfaisant au sein des populations décimées par la famine et les épidémies. Le Congrès panrusse des Médecins, qui se réunit à Moscou au mois de mai 1922, s'est adressé dans ce but à tous les médecins et savants étrangers.

LA SITUATION APRÈS LA RÉCOLTE DE 1922. NÉCESSITÉ DE LA LUTTE CONTRE LES CONSÉQUENCES DE LA FAMINE

Si la nouvelle récolte a amélioré la situation générale de la Russie au point de vue alimentaire, la famine n'en continue pas moins à sévir dans les vastes régions du Volga, de l'Ukraine méridionale et en Crimée. Le nombre des affamés va s'élever sous peu à plus de 8 millions. Le gouvernement russe ne pense pas pouvoir en secourir lui-même plus de la moitié. En outre, même dans les régions où la nouvelle récolte est à peu près suffisante, la situation sanitaire est extrêmement grave.

Actuellement, avec la décentralisation provoquée par la nouvelle politique économique, les institutions médicales sont obligées d'utiliser les ressources locales pour leur entretien et reçoivent très peu de fonds et de secours des organismes centraux. Or, dans les régions affamées, les ressources locales sont très faibles, tandis que le besoin de secours médico-sanitaires est immense.

Il faut, en effet, lutter contre toutes les conséquences de la famine qui se manifestent par l'affaiblissement physiolo-

gique de la population, par l'extension des épidémies et par le développement des maladies sociales.

L'AIDE MÉDICO-SANITAIRE QU'IL FAUT APPORTER A LA RUSSIE

L'aide à apporter aux organismes médico-sanitaires semble devoir prendre les formes suivantes :

1. Secours aux arrondissements médicaux et aux institutions particulières qu'ils comprennent par la fourniture de médicaments, de produits diététiques, d'instruments médicaux et par l'installation de laboratoires.

2. Secours aux médecins eux-mêmes sous forme d'envois de vivres, d'habits et de livres scientifiques (1).

De cette façon, on apportera du secours aux médecins russes qui luttent contre les épidémies et on collaborera au relèvement et au développement des institutions médico-sanitaires. Tout en reconstituant les cadres techniques, on apportera des secours précieux à la population des arrondissements médicaux où sévit la famine.

LE CENTENAIRE DE PASTEUR

Le 26 décembre 1922, l'Académie de Médecine a célébré avec éclat le centième anniversaire de la naissance de Pasteur. Ce fut « une amende honorable », selon l'expression de M. Béhal, qui a rappelé qu'en aucun autre milieu, les travaux de Pasteur « ne furent attaqués, au début, avec plus de violence » et « ce ne fut que tardivement qu'ils trouvèrent des défenseurs » à l'Académie de Médecine.

Les hommes de ma génération ont encore présentes à la mémoire les luttes passionnées qui mirent aux prises Pasteur et notre grand Vulpian.

Mais ce fut une amende honorable sans restriction. Tour à tour M. Béhal, MM. Delezenne, Widal, Delbet, Wallich, Barrier, Calmette retracèrent l'œuvre de Pasteur et son développement.

ASILE STE-ANNE, CLINIQUE DES MALADIES MENTALES

RÉUNIONS BIOLOGIQUES NEURO-PSYCHIATRIQUES

La première réunion a eu lieu le 9 janvier dernier. Après des présentations d'ordre physiologique et de chimie biologique par MM. Claude, Tinel, Santenoise, Autet, Targowla et Mlle Badonnel, MM. Lhermitte et Tinel firent des projections histologiques et exposèrent leurs techniques de coloration. La prochaine réunion aura lieu au mois d'avril.

(1) On sait que l'Action Nansen a organisé un service de transmission de colis de vêtements et d'expédition de paquets de vivres standards.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

M. le D^r Privat de Fortunié, directeur médecin en chef de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé médecin chef à l'asile de Maréville (Nancy) en remplacement du D^r Pâris, admis à la retraite et nommé médecin en chef honoraire.

ÉCOLE DES BEAUX-ARTS

M. le D^r Henri Meige, secrétaire général de la Société de Neurologie, rédacteur en chef de la *Revue Neurologique*, membre correspondant de la Société Médico-psychologique, ancien président du Congrès de Luxembourg, vient d'être nommé professeur d'anatomie artistique à l'Ecole des Beaux-Arts en remplacement de M. le Professeur Paul Richer admis à la retraite. Nul plus que Meige, dont tout le monde connaît les beaux travaux, n'était qualifié pour occuper ce poste éminent. Nous adressons à notre collègue et ami nos félicitations les plus chaleureuses.

H. C.

SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE

Une *Assemblée Générale* de la Société Suisse de Psychiatrie se tiendra à Genève, le samedi 2 juin et le dimanche 3 juin 1923.

La première séance aura lieu à l'Asile de Bel-Air et sera consacrée à l'étude des *séquelles mentales de l'Encéphalite Epidémique*.

La seconde séance, à l'Institut Rousseau (que les Congressistes visiteront), sera consacrée à l'exposé de travaux sur « *La Psychologie Infantile en Psychiatrie* ».

Les aliénistes français ont été très cordialement invités à assister à cette réunion de printemps de la Société Suisse de Psychiatrie. Le programme détaillé en sera remis en temps utile aux trois Sociétés psychiatriques françaises.

LE CINQUANTENAIRE DU PROGRÈS MÉDICAL

Le 14 décembre 1922, à l'occasion de son cinquantenaire, notre confrère a publié un numéro des plus intéressants. On y rappelle les luttes ardentes soutenues, sous l'impulsion de Charcot, par Bourneville, qui fut un de nos collègues, et à qui l'on doit tant au point de vue de la réforme de l'assistance, des modifications à apporter à l'enseignement médical et aux concours, sans oublier la création de l'enseignement professionnel des infirmiers.

H. C.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

*De l'influence de la guerre
sur la participation des psychopathes
à la vie sociale*

L'une des conséquences de la guerre le plus susceptible d'intéresser psychiatres et sociologues fut la participation des psychopathes non guéris à la vie sociale, pendant la durée des hostilités et pendant les premières années de l'installation de la paix.

Une forme de cette participation ne concerna que les hommes. Elle fut l'effet du jeu aveugle des institutions qui amena la présence de malades mentaux dans les services de l'armée. D'une part, les conditions défectueuses des examens de révision firent mobiliser bien des inaptes psychiques. D'autre part, l'apparition insidieuse d'une affection mentale au

cours de cette longue guerre maintint parfois comme soldats des psychopathes méconnus. On sait quelles conséquences néfastes pour la discipline et litigieuses pour l'estimation du dommage imputable au service en résultèrent. Qu'on se rapporte notamment aux discussions soulevées par le rapport de M. Pactet (1) sur la réforme des paralytiques généraux, ainsi qu'à l'article de MM. Colin et Minkowski (2) et à celui de M. Beaussart (3). L'étude médico-légale et sociologique de ces cas, déjà ébauchée par nous en collaboration avec M. Laignel-Lavastine (4), mériterait de trop longs développements pour pouvoir être traitée ici.

Seule sera envisagée l'autre forme de participation du psychopathe à la vie sociale, celle qui s'étendit aux deux sexes, et qui eut pour fondement le consentement réciproque du travailleur malade et de l'employeur sain d'esprit. Elle fut déterminée par le retentissement de la guerre sur le marché et sur la valeur même du travail.

Pour ce qui est du marché du travail, il y eut, comme tout le monde le sait, renversement dans la proportion des offres et des demandes. La mobilisation d'abord, les hécatombes des batailles ensuite, enfin après l'armistice, l'urgence des reconstructions, opérèrent une raréfaction inouïe de la main-

(1) PACTET. — *Bulletin de la Société Clinique de Médecine mentale*, 1917.

(2) COLIN et MINKOWSKI. — *Société de Médecine légale*, juillet 1920. Conséquences de la loi des réformes et pensions de mars 1919 dans le domaine des maladies mentales. *Annales Médico-Psychologiques*, 1922.

(3) BEAUSSART. — *Société de Médecine légale*, décembre 1919.

(4) LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Les accidentés de la guerre, leur esprit, leurs réactions, leur traitement. 1 volume des *Actualités médicales*. Baillière, 1919. — La simulation des troubles fonctionnels du système nerveux par les débiles mentaux, *Annales Médico-Psychologique*, 1916. — La sinistrose de guerre, *Revue neurologique*, 1918. — La simulation de l'aliéné devant la guerre. *Paris médical*, 1918.


d'œuvre. La suppléance apportée par les femmes dans les tâches jusque-là réservées aux hommes, sans boucher les vides laissés par la disparition de ceux-ci, en creusa dans les besognes féminines qu'elles désertaient. Le nombre des emplois à pourvoir fut donc de beaucoup supérieur à celui des candidats fournis par la population saine pour les remplir. Remarquons en passant que cette pénurie de bras fut telle en Allemagne que, pour la conjurer à l'avenir, le ministre Walter Rathenau (1) émettait en 1921 les suggestions suivantes : « Il faut supprimer un ancien droit devenu un non-sens, provenant de l'époque où il y avait excédent de forces : le droit de tous ceux qui pouvaient le payer, de disposer d'énergies nationales pour leur agrément particulier... Dans un pays libre, personne ne peut être valet ou servante. Il y a des employeurs et des employés dont le genre et le nombre ne dépendent pas du bon plaisir, de la paresse, de la richesse ou de la spéculation d'un maître, mais des besoins sociaux et économiques. Dans l'avenir, la question objective du besoin décidera en dernier ressort. »

Parallèlement à cette raréfaction des travailleurs, les restrictions imposées par la force des choses à l'assistance des psychopathes, rejeta dans la société bon nombre de ceux dont les réactions ne présentaient pas un caractère incontestablement ou immédiatement dangereux. En effet, les familles appauvries par la suppression du gain de leurs membres mobilisés durent garder leurs malades ou même reprendre ceux qu'elles ne pouvaient plus entretenir à l'asile. Rarement, elles furent en me-

(1) Walter RATHENAU. — La triple révolution. Editions du Rhin, 1921. Bâle.

sure de leur fournir la surveillance et les soins nécessaires. Aussi le peu de lucidité qui survivait chez ces malheureux les poussa-t-il à rechercher eux-mêmes des conditions matérielles d'existence meilleure. Et c'est ainsi que l'éclopé mental fit son apparition sur la place de louage.

Un accueil très favorable l'y accueillit. D'abord par suite du manque de concurrence, ensuite à cause de l'atteinte portée par les circonstances à la valeur du travail du salarié mentalement plus valide que lui, tout travailleur non malade étant à cette période amoindri aux yeux de l'employeur, à la fois par l'incertitude de la durée de ses services et par la diminution de leur rendement.



Cette incertitude pendant la guerre était fonction de l'instabilité infligée aux engagements de presque toute la population, aussi bien des femmes que des hommes. Sans parler de la menace d'une mobilisation toujours suspendue sur les inaptes par les révisions incessantes auxquelles ils étaient soumis, on peut dire que les fluctuations survenues parmi les mobilisés avaient leur répercussion sur les civils. La mort d'un combattant, son retour comme malade ou blessé, sa démobilisation, son affectation à une formation de l'arrière, entraînaient le déplacement de sa femme, de sa fille, de tel ou tel de ses parents ou alliés et par conséquent forçaient le déplacé à interrompre ses occupations. Après l'armistice, ce furent les surenchères entre fournisseurs de travail qui s'opposèrent à la fixité des employés de chacun d'eux.

La diminution du rendement du travailleur mentalement valide résultait pendant la guerre du cumul sur le même individu des charges du mé-

nage et du gain du salaire. Ensuite, elle fut la conséquence des convulsions, qui à la cessation des hostilités agitèrent le monde du prolétariat : appétit de jouissances, crise de l'autorité, revendication du droit à la paresse, excitation aux luttes de classes, etc.

Or, aucun de ces facteurs dépréciateurs du labeur de l'individu n'agit sur le psychopathe. A l'abri de toute mobilisation de par sa maladie, il était en outre soustrait à l'action des courants collectifs de par sa nature d'aliéné, c'est-à-dire d'être devenu étranger aux modes de sentir et de penser des autres hommes. Ordres de grève, invitations au sabotage, propagande pour la limitation des heures de travail étaient sans prise sur lui. Les facteurs endogènes d'instabilité inhérents à sa psychose étaient donc contrebalancés par son immunité à l'égard des changements extérieurs. Et son insuffisance possible dans l'exécution de la tâche avait donc une compensation dans la vraisemblance de son assiduité.

Ainsi s'explique l'embauchage pendant et immédiatement après la guerre du malade mental, à qui en tout autre temps personne n'eût voulu avoir à faire.



Reste à examiner comment il s'acquitta de sa tâche, c'est-à-dire d'une part la productivité de son travail, d'autre part la façon dont se comportèrent, à l'égard les uns des autres, ce travailleur insolite et ses employeurs. On sera bref sur la question de la productivité, qui, bien souvent, de l'aveu même des patrons, dépassa leurs espérances. Les aliénis-

tes n'en seront pas surpris, étant donnée l'intégrité merveilleuse avec laquelle la pratique de la profession peut survivre parfois au naufrage des facultés intellectuelles. Quant à l'étude des réactions réciproques du psychopathe en liberté et de l'entourage au milieu duquel il dépense ses capacités professionnelles, elle formerait un important chapitre d'interpsychologie morbide. Le cadre de cet article est trop étroit pour contenir autre chose que des exemples de l'excès auquel la nécessité peut faire atteindre la tolérance de l'homme sain à l'égard des extravagances du fou et la soumission de celui-ci à certaines exigences de sociabilité.

Ces exemples ont été recueillis sur un des plans les plus accessibles de la société, dans le monde de la bourgeoisie moyenne, où des femmes salariées font le ménage et la cuisine. L'Alsace constituait à ce point de vue un excellent observatoire, car dans les mois qui suivirent l'armistice, elle fut la pépinière des domestiques de France. Tout Français installé alors dans la province reconquise fut transformé, bon gré mal gré, en un agent de placement, chez qui convergeaient offres de service pour l'au-delà des Vosges émanant de ses nouveaux concitoyens, et demandes de personnel arrivant de tous les départements où sa nouvelle résidence était connue. Et dans le pèlerinage qui achemina vers Paris, pour y chercher le baiser de la mère-patrie, les représentants de tout le peuple alsacien, les cuisinières et femmes de chambre furent les plus promptes. N'ayant d'autre égide que la double aile de leur coiffe, elles étaient venues le prendre, ce baiser, au milieu des casseroles et des balais sur les lèvres de leurs nouvelles patronnes, bien avant

que leurs compatriotes plus haut placés sur l'échelle sociale n'eussent eu le temps de désigner les délégués qui, tous insignes déployés, viendraient le recevoir aux accents de la *Marseillaise*, dans l'accolade solennelle d'un personnage officiel et éloquent.

Nombreux sont les faits qui pourraient être invoqués, mais on ne citera que ceux où la rémission dans l'évolution des troubles mentaux ne suffirait incontestablement pas à expliquer la possibilité pour le malade d'avoir gagné sa vie hors de l'asile.

Virginie est née en 1879 d'une famille de paysans des Vosges. Atteinte depuis 1909 d'un délire de persécution avec troubles de la sensibilité générale, elle était à la charge de sa mère, qui supportait à la campagne ses bizarreries, ses colères et ses fugues. Après la mort de celle-ci, survenue au début de 1914, elle fut recueillie par une sœur, qu'elle ne tarda pas à incorporer dans l'armée de ses persécuteurs et de chez laquelle elle s'enfuit. Engagée, on ne sait par suite de quel intermédiaire, dans la famille d'un député français, elle y resta comme femme de chambre jusqu'au début de 1918, malgré de fréquentes altercations avec tout le monde et pas mal d'extravagances, comme gémissements, réticences, disparitions inopinées de l'appartement, etc. C'est elle qui spontanément quitta cette place, où elle gagnait 60 fr. par mois. Après divers essais de placement infructueux, elle vint en Alsace après la guerre, resta quelques semaines chez un frère, qui était curé de village, faisant toute sorte de scandale, dont le plus fort fut de sauter par la fenêtre pour se jeter à l'eau, disparut, gagna Strasbourg, où elle vécut pendant près d'une année à faire des ménages. Un jour, où elle avait giflé une

dame, assise à côté d'elle à la cathédrale, sous prétexte qu'elle venait d'en recevoir une décharge électrique, la patronne qui l'employait, appelée comme témoin, s'efforça d'atténuer la valeur de ce geste, l'interprétant comme un simple mouvement d'énervement chez une femme, il est vrai, un peu irritable, mais très bonne travailleuse et non folle. Enfin, des scènes analogues s'étant renouvelées, la malade fut internée d'office en mai 1922. Son frère confirme tous ces dires.

Berthe est née en 1884 de parents morts l'un suicidé, l'autre dans un asile d'aliénés. Resta toute sa vie dans le couvent, où elle apprit péniblement à lire, y étant gardée par charité, à cause des échecs qui, en quelques jours, mirent chaque fois un terme aux essais de placement comme domestique. On l'y occupait au ménage et à la couture, mais sans lui donner de gages fixes, à cause de l'irrégularité et de l'insuffisance de sa tâche. Internée deux fois pour troubles mentaux mal caractérisés et improprement qualifiés démence précoce, de février 1913 à juin 1916, puis de juillet 1917 à juillet 1918, fut à sa sortie mise chez un vieux monsieur sans exigence, ni grande fortune, qui ne trouvait personne pour faire son ménage et sa cuisine. Elle y resta plus de 3 ans, s'acquittant tant bien que mal de sa tâche, gagnant 40 fr. par mois, logée et nourrie. Le patron vérifiait les additions, mettait parfois la main à la pâte, se contentait de peu et surtout prenait patience pendant les heures où sa gouvernante restait étendue sous prétexte de douleurs et pendant les interminables récits qu'elle lui infligeait de ses malheurs. Ce récit, elle le fait encore à qui veut l'entendre : « Elle a la matrice détraquée

pour s'être fourré du papier dans le vagin, quand elle avait 20 ans. Les nombreux médecins qu'elle a consultés depuis n'ont pas su enlever tout ce papier. Il en reste encore, et c'est ce qui lui donne ces souffrances terribles, qui la font marcher le dos courbé et l'obligent si souvent à s'étendre. » Ce n'est qu'à la fin de l'année 1921 qu'il consentit à regret à la laisser partir à l'hôpital. Et il n'est pas encore consolé de ne plus entendre la litanie de ses plaintes, faible rançon d'un bénéfice qu'il tirait du travail si peu payé.

Victorine est née en 1848. Veuve d'un ouvrier, elle vivait à faire des ménages à Paris. Ne trouvant plus d'occupation à cause de sa vieillesse, qui la rendait moins ingambe, et d'un vague délire de grandeur, qui faisait passer en conversation la majeure partie des heures de son travail, elle fut engagée comme bonne à tout faire pendant la guerre par une famille bourgeoise, qui la garda aux gages de 50 fr. par mois jusqu'en 1921, époque où une chute accidentelle l'obligea à entrer à l'hôpital. Compensant en témoignages de considération les économies qu'ils faisaient sur son salaire, ses maîtres ne l'appelaient jamais que « Madame », racontaient devant elle à leurs invités avec force manifestations d'apitoiement le récit rocambolesque de son aristocratique passé, puis la renvoyaient à sa cuisine sous un déluge de compliments pour son éternelle jeunesse et ses talents d'un autre âge. Incapable de se rendre compte du changement opéré dans la valeur des services, la pauvre vieille venait se plaindre auprès de ses exploiters de l'insolence des domestiques des voisins, qui la prenaient pour folle en essayant de lui faire croire

qu'on les payait jusqu'à des 150 fr. par mois. — « Elles sont jalouses de vous, répondaient machiavéliquement les confidents, mais elles ne viendront pas à bout de votre cervelle, vous êtes de la race de Clemenceau, qui rajeunit en vieillissant. » Apaisée et fière de cette assimilation avec le Tigre, la malheureuse septuagénaire se remettait à la tâche avec une résignation d'agneau.

Henriette est née en 1860. A la suite de revers de fortune, elle se plaça comme domestique en France en 1913 et resta dans la même maison jusqu'en 1915. Puis, de 1915 à 1921, époque de son retour en Alsace, elle vécut à Paris, ne restant jamais plus de 3 mois dans la même place. Elle ne sait pas pourquoi, mais toujours on lui donnait congé, soit parce qu'une ancienne domestique revenait, soit parce qu'on n'avait plus besoin de ses services, soit parce que l'on allait déménager, etc. Elle faisait pourtant bien tout son possible pour plaire. Elle s'empêchait de manger à sa faim pour ne pas contrevenir à la loi sur les restrictions imposées par la dureté des temps. Elle ne buvait pas de vin. Mais tous ses efforts ne suffisaient pas. De même, elle était pleine de patience et de douceur envers ses maîtres. Ceux-ci se mettaient souvent en colère, l'un d'eux une fois à propos du téléphone lui a bien un peu tordu le cou. Mais s'il ne l'avait pas mise à la porte, elle serait restée chez lui, parce qu'on sait ce qu'on a, on ignore ce qu'on aura. C'est sans doute l'habitude dans toutes les maisons de faire des scènes, puisque partout où elle a passé, elle en a vu. La vie est ainsi faite. Enfin, étant dans la misère, elle se décida à rentrer en Alsace, où elle fut plus malheureuse, car on se mit à l'électrifier.

C'est à cause des cris qu'elle poussait lors d'une de ces séances d'électrisation qu'on la conduisit à l'asile. — Il s'agit donc d'une femme qui, malgré une démence progressive, put pendant plusieurs années trouver à s'employer chez des patrons, qui, il est vrai, ne la gardaient jamais bien longtemps, mais dont quelques-uns l'engagèrent plusieurs fois.



Dans les exemples ci-dessus, chaque catégorie d'observateurs pourra trouver matière à considération. Les moralistes n'y verront que la complaisance poussée jusqu'à l'absurde, sinon jusqu'à la malhonnêteté, de l'homme sensé à l'égard du fou qu'il exploite, et pour fustiger ce *ruere in servitium insanorum* des bourgeois qu'il ne connaissait pas encore, le satirique socialiste enrichira son fouet d'une lanière. Les humoristes ne retiendront que le comique de l'incompréhension mutuelle des malades et des bien portants, et le vaudevilliste y pêchera une scène pour le théâtre, tandis que l'ironiste se délectera aux philosophiques déclarations d'une insensée comme Henriette sur les imprévions de l'avenir. Les optimistes se féliciteront de ce palliatif apporté à la pénurie des domestiques. Les pessimistes, au contraire, s'effrayeront du danger couru par les patrons en évoquant les tragiques dénouements de ces collaborations, dont les journaux de l'an dernier continrent plusieurs fois l'annonce. Ce faisant, les uns et les autres auront tort et raison, pour n'avoir bien vu qu'un côté de la chose.

Considéré dans son ensemble, et du point de vue sociologique, le fait de la participation du psy-

chopathe à la vie sociale par suite de la guerre, a eu de bons et de néfastes résultats. Son avantage fut de donner au public une prise de contact directe avec la maladie mentale, et par là de ruiner le préjugé qui régnait en France sur l'indispensabilité de l'organisation policière de son assistance. C'est lui qui, en grande partie, a amené l'opinion à ne pas s'émouvoir en 1921 de la création d'un service de psychiatrie ouvert dans le département de la Seine, alors qu'en 1913 avait été votée la subordination à un jugement du tribunal de l'application du traitement des psychoses. C'est lui qui, en permettant à tout le monde de constater que bien des anomalies de la conduite et de la pensée sont compatibles avec la conservation d'une activité professionnelle normale, força chacun à reconnaître moins énorme qu'il ne la croyait la différence entre les malades de l'esprit et ceux du corps, et par conséquent à conclure à l'identité de leurs besoins devant la thérapeutique.

Quant aux désastres qui trop souvent se produisent, leur cause essentielle réside dans l'exclusion du psychiatre, lors de l'édification de ces associations entre psychopathes et gens normaux. L'appréciation de l'aptitude d'un malade mental à utiliser en liberté ses capacités de travailleur est avant tout de la compétence du spécialiste. Les connaissances de médecine organique, si profondes soient-elles, ne sont là d'aucun secours, comme le prouve la navrante aventure de ce médecin qui se suicida de désespoir quelques jours après l'assassinat de sa femme par sa cuisinière aliénée.

Rappelons enfin en terminant la façon collective dont les aliénés, sans quitter l'enceinte de l'asile,

apportèrent leur collaboration à la société, par suite des contrats que durent passer les directeurs avec des entrepreneurs qui ne trouvaient pas d'autres moyens de faire exécuter leurs travaux. C'est ainsi, par exemple, qu'en Alsace (1), la cueillette du houblon amena la gaieté et les parfums des moissonnages automnaux jusqu'au lit des grabataires et jusque dans la cellule des agités.

On peut donc conclure. La participation des psychopathes à la vie sociale est à enregistrer parmi les faits d'ordre sociologique créés par la guerre. Elle a eu pour condition la nécessité économique qui d'une part empêchait la sélection des travailleurs par raréfaction de la main-d'œuvre saine et qui d'autre part jetait sur le marché de louage un grand nombre de malades mentaux par suppression de la possibilité de les assister. L'expérience ainsi réalisée eut pour effet, d'abord d'incliner le public en France à admettre l'opportunité d'une transformation libérale de l'assistance aux psychopathes, ensuite de démontrer l'indispensabilité de la direction constante d'un psychiatre, sous peine des pires catastrophes, pour toute tentative d'utiliser dans la société les aptitudes professionnelles de ces malades.

Paul COURBON.

(1) Paul COURBON. — La pratique psychiatrique en Alsace, in *Annales Médico-Psychologique*, mars 1922.

IMPRESSIONS PSYCHIATRIQUES D'UN SÉJOUR A ZURICH ⁽¹⁾

(La schizoidie et la syntonie de M. Bleuler ; la méthode de Rorschach ;
le nouveau service pour enfants anormaux ; le placement familial)

Par E. MINKOWSKI

Depuis un an, est entrée en vigueur à Zurich la fondation de Jules Klaus. Ce citoyen suisse a légué sa fortune, dépassant un million de francs, pour des recherches et des travaux, d'ordre scientifique et social, concernant l'hygiène des races et l'hérédité. C'est grâce à cette fondation que j'ai eu l'occasion d'aller passer cette année deux mois à Zurich ; il s'agissait de poursuivre les recherches sur l'hérédité des maladies mentales, dont je vous avais présenté les premiers résultats, en collaboration avec Mme Minkowska, dans la séance du mois de mars 1920. Ce ne sont pourtant pas les données nouvelles, obtenues à ce point de vue, que j'ai choisies comme sujet de cette communication ; j'aurai peut-être la possibilité de les exposer une autre fois. J'ai cru que certaines impressions et suggestions, recueillies pendant mon séjour à Zurich, pourraient présenter un certain intérêt et c'est d'elles que je viens vous parler aujourd'hui. J'ai eu la possibilité, à l'occasion de mon séjour en Suisse, de reprendre contact avec l'école de M. Bleuler et de me rendre ainsi compte des changements, tant théoriques que pratiques, qui s'y étaient produits depuis mon départ, c'est-à-dire depuis 1915.

L'école de Zurich est le berceau du concept de la schizophrénie ; les notions du complexe et de l'autisme morbide étaient dès le début étroitement liées à ce concept et faisaient une partie intégrante de celui-ci ; ces notions nous ont donné la possibilité d'envisager d'un nouveau point de vue toute une série de manifes-

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique dans les séances du 23 décembre 1922 et du 22 janvier 1923.

tations morbides et d'en donner une explication psychologique. Ces notions acquièrent, je crois, de plus en plus d'importance en psychiatrie. Au cours des dernières années, le concept de schizophrénie a évolué toutefois dans une autre direction encore. La psychiatrie s'intéresse depuis longtemps au terrain sur lequel vient éclore une psychose ; elle cherche à préciser les réactions et la façon d'être du malade, aussi bien avant qu'après un accès d'aliénation mentale ; elle ne pouvait ne pas être amenée ainsi à s'occuper, tôt ou tard, de problèmes caractérologiques et à partager tout d'abord toute l'imprécision de ceux-ci. L'intérêt pour ces problèmes augmenta surtout depuis que les recherches sur l'hérédité s'étendirent de plus en plus et que la méthode généalogique fit valoir ses droits dans ce domaine. Ces recherches attirèrent très rapidement l'attention sur l'existence dans les familles d'aliénés non seulement de psychoses manifestes, mais encore d'individus bizarres et originaux se distinguant nettement de l'individu normal ; on se contenta tout d'abord de les désigner, d'une façon tout à fait vague et générale, du nom de psychopathes ou de caractères anormaux. Toutefois, il était impossible de s'en tenir là ; d'un côté, il devient nécessaire de différencier davantage les caractères anormaux et d'essayer d'aboutir à une classification de ceux-ci ; d'autre part, les recherches généalogiques faites sur une vaste échelle nous montrent de plus en plus nettement qu'il n'est guère permis de traiter l'individu dit normal uniquement comme une unité statistique, sans tenir compte, dans chaque cas, de son aspect particulier. Il existe à ce point de vue des différences entre individus, entre diverses branches du même arbre généalogique, entre familles entières enfin. Ces traits individuels et familiaux ne peuvent nous laisser indifférents à la longue ; tôt ou tard, doit se poser le problème : jusqu'à quel point une corrélation peut être établie entre ces données caractérologiques d'ordre général et les formes spéciales de troubles mentaux que nous rencontrons dans la famille étudiée. C'est ainsi que nous sommes amenés progressivement à l'étude de l'individu normal ; notre point

de départ, au point de vue historique tout au moins, sont les psychoses, puis nous rencontrons sur notre route les caractères anormaux et aboutissons enfin à la nécessité de différencier également les individus normaux.

Mais de quelle façon allons-nous aborder ce dernier problème ? Or, en poursuivant l'évolution des conceptions de l'école de Zurich, nous pouvons faire, à ce point de vue, une constatation intéressante. Le concept de schizophrénie s'étend et se laisse appliquer dans le domaine des manifestations normales, et ceci de telle façon que le reproche de voir partout des symptômes maladiés et de déprécier ainsi l'individu normal ne peut aucunement être adressé à M. Bleuler. Cette extension d'ailleurs ne saurait au fond nous surprendre, étant donné que le concept de schizophrénie est basé sur une notion aussi générale que l'est le contact avec la réalité.

Nous devons mentionner ici tout d'abord, le livre de M. Kretschmer : « Caractère et structure du corps » (1). Dans cet ouvrage, en prenant pour point de départ les notions de la folie maniaque dépressive et de la schizophrénie, M. Kretschmer propose la classification de caractères anormaux en cycloïdes et schizoïdes ; il passe ensuite aux tempéraments et parle ici de même de cyclo- et de schizothymie ; il essaie, d'autre part, d'établir des corrélations entre ces formes de caractères et de tempéraments d'un côté, et la structure du corps, ainsi que l'aspect physique des individus de l'autre. C'est à la suite de cet ouvrage que M. Bleuler a publié son mémoire dans lequel il introduit et précise les notions de schizoïdie et de syntonie. Que veulent donc dire ces expressions, et comment pouvons-nous nous en servir ? La schizoïdie et la syntonie sont deux fonctions, ou comme dit M. Bleuler, deux principes vitaux qui règlent notre attitude à l'égard de l'ambiance. Nous avons vu déjà que la notion du contact vital avec la réalité était le point central de la conception de la schizophrénie ; il s'agit ainsi au fond de l'application

(1) KRETSCHMER. — « *Korperbau und Charakter* », 1922.

aux manifestations normales du même point de vue. Il est utile d'indiquer ici que M. Bleuler préfère l'expression « syntonie » à celle de « cycloïdie » ; ceci en raison de l'opinion que le trait essentiel qui oppose la folie maniaque dépressive à la schizophrénie n'est pas autant l'apparition circulaire ou intermittente des troubles mentaux, que la circonstance que le contact vital avec la réalité subsiste dans la première de ces affections, tandis qu'il est profondément troublé dans l'autre.

La syntonie est la faculté de se mettre au diapason de l'ambiance, de pouvoir vibrer à l'unisson avec celle-ci ; elle réalise en même temps l'unité de la personnalité. La schizoïdie, par contre, est la faculté de s'isoler de l'ambiance, de perdre le contact avec elle ; elle a pour conséquence un fléchissement plus ou moins grand de la synthèse de la personnalité humaine (1). Il s'agit de deux fonctions normales ; leur jeu réciproque règle notre attitude à l'égard des événements et des objets qui nous entourent ; elles peuvent s'unir dans des proportions variables et déterminent ainsi l'aspect particulier de tout individu. Quand l'une d'elles s'accroît outre mesure, elle donne naissance au caractère anormal, dans l'un ou dans l'autre sens ; enfin, quand à la suite d'une cause quelconque, la schizoïdie ou la syntonie deviennent le siège d'un processus morbide, elles donnent naissance à des troubles schizophréniques d'un côté et maniaque-dépressifs de l'autre.

C'est de cette façon que se laissent définir les notions de la schizoïdie et de la syntonie. Comme nous l'avons déjà dit, il ne s'agit aucunement de l'application à la vie normale de concepts nosographiques. La schizoïdie n'est pas une schizophrénie en miniature ; c'est une fonction normale qui, sous l'influence de divers facteurs nocifs, peut donner naissance à une psychose schizophrénique. La façon dont M. Bleuler a abouti, au cours des années, aux notions de la schizoïdie et de la syntonie montre seulement que l'opposition des concepts de la folie maniaque dépressive et de la schizo-

(1) M. Claude a précisé récemment, dans une de ses leçons cliniques, la portée de ces deux notions.

phrénie avait pour base un trait essentiel de la vie normale ; il n'est guère difficile de retrouver celui-ci dans la notion du contact vital avec la réalité. Cette notion nous permet maintenant d'envisager d'un point de vue uniforme les manifestations de l'être normal ainsi que les divers symptômes pathologiques.

Nos recherches généalogiques sur l'hérédité des maladies mentales nous ont montré que les notions de schizoïdie et de syntonie pouvaient rendre de grands services ; nous avons affaire, en dehors de psychoses, à des caractères anormaux et à une quantité d'individus qui, tant au point de vue médical que social, devaient être considérés comme entièrement normaux. Là pourtant où il s'agissait de faire ressortir les particularités caractérologiques d'individus ou de familles, les deux notions en question semblaient pouvoir apporter plus de précision dans nos recherches. Il faut se rendre compte dans ce but que ni la schizoïdie ni la syntonie ne peuvent être considérées comme des traits de caractère qui viendraient s'ajouter simplement à d'autres, comme la bonté, la ténacité, la méfiance et ainsi de suite ; elles viennent bien davantage se superposer aux notions dont nous nous servons pour déterminer le caractère d'un individu ; elles apportent avec elles un point de vue fonctionnel et nous obligent à nous attacher bien davantage aux nuances ; car elles posent constamment devant nous la question : quelle valeur a le trait de caractère étudié par rapport au contact avec l'ambiance, de quelle façon se reflète-t-il, à ce point de vue, dans l'attitude générale de l'individu.

Deux jeunes étudiants décident d'aller faire le dimanche une excursion dans les montagnes. L'un d'eux se réjouit d'avance à l'idée de pouvoir passer une journée en dehors de la ville ; son imagination trace devant lui le tableau de la nature ensoleillée dont il pourra jouir du haut de la montagne. Il achète le journal, le bulletin météorologique prévoit pour l'après-midi du brouillard et de la pluie. Son désir pourtant de passer cette journée parmi les arbres et les rochers est tellement vif, qu'il voudrait oublier la prévision qu'il vient de lire ; il ne cesse d'espérer que le météorologiste se

soit trompé ; et quand une fois au haut de la montagne il est surpris par la pluie, quand au lieu du soleil radieux, il ne voit que des nuages et du brouillard, il rentre tout penaud à la maison ; c'est une excursion manquée pour lui. L'autre a lu également le journal, la prévision de pluie n'est pas passée inaperçue, mais il ne modifie pas sa conduite pour cette raison ; l'essentiel pour lui, c'est qu'il a décidé d'aller dans les montagnes ; une fois la décision prise, il l'exécute, il marche en ligne droite vers le but sans se préoccuper des faits nouveaux qui viennent à sa connaissance ; ni la pluie, ni le brouillard ne le surprendront à la suite ; ils avaient été prédits par le météorologiste ; et le soir il rentrera satisfait à la maison : il a exécuté la décision prise. La conduite des deux jeunes gens se présente extérieurement de la même façon ; en la comparant avec celle d'un troisième qui après la lecture du bulletin rebrousse chemin et rentre à la maison, peut-être serons-nous portés à parler d'insouciance ou d'entêtement. Mais le fond psychologique est tout différent dans les deux cas : l'un aspire à se confondre avec la nature et l'ambiance, l'autre garde précieusement la décision prise et écarte toute influence étrangère qui pourrait, avec raison d'ailleurs, la modifier. Chez le premier prévalent les éléments de syntonie, la conduite du deuxième correspond bien davantage à la notion de la schizoïdie.

Nous avons l'occasion de parler souvent de l'irritabilité. Celle-ci peut pourtant avoir un aspect différent. Chez les uns elle se manifeste sous forme d'explosion, accompagnée de réactions plus ou moins violentes ; puis la vague tombe rapidement ; les sentiments contraires font leur apparition ; l'individu regrette de s'être laissé emporter, il cherche à réparer le mal fait et rétablit rapidement le contact avec l'ambiance ; une scène d'attendrissement clot l'incident. Les autres, quand ils se trouvent dans un état d'irritation, ne peuvent plus en sortir ; le sommet de la vague se transforme ici en plateau ; les réactions peuvent être moins violentes que dans le cas précédent, mais l'état se prolonge ; par leurs paroles et par leurs gestes, ces indi-

vidus ne font qu'entretenir leur irritation ; ils ne laisseront pénétrer jusqu'à eux aucune objection, aucune explication qui pourraient leur être données, ils s'enferment en eux-mêmes, tout en manifestant au dehors leur mauvaise humeur ; leur irritabilité peut en fin de compte devenir une attitude presque constante à l'égard de l'ambiance. Il est possible de vivre avec les premiers, on peut même s'attacher à eux ; il est toujours préférable de ne pas avoir affaire aux seconds.

L'ermite qui a fui le monde, mais qui le soir, au seuil de sa hutte, admire le coucher du soleil ou le chant d'un oiseau, possède bien plus d'éléments de syntonie que l'individu qui, entouré de camarades, promène d'un lieu de plaisir dans un autre son ennui et son désœuvrement.

Ces exemples montreront peut-être d'une façon plus nette quels sont les côtés de notre vie que visent avant tout les notions de schizoïdie et de syntonie. Il s'agit là d'ailleurs de notions toutes récentes ; je ne doute pas qu'elles pourront, avec le temps, être précisées encore davantage. Il deviendra nécessaire à ce point de vue de déterminer leur place par rapport aux conceptions de la psychologie courante et de les mettre d'accord avec celles-ci. D'autre part, la psychiatrie ne pouvant être qu'une, nous ne pourrions ne pas essayer d'établir un jour des corrélations entre ces notions d'un côté et les constitutions morbides de l'école française de l'autre ; nous devons alors tenir également compte d'autres notions de patho-psychologie générale, comme celle de l'auto-conduction, par exemple. Ce sont toutefois des problèmes que nous ne saurions aborder aujourd'hui.

Les notions de schizoïdie et de syntonie impliquent de nombreux problèmes d'ordre clinique. Je n'en citerai que quelques-uns. Nous savons que des affections diverses, comme par exemple la paralysie générale, les néoplasmes du cerveau, l'encéphalite léthargique, la grippe, peuvent donner naissance au syndrome hétérophrénocatatonique. Est-il permis d'admettre, dans ces cas, que les affections en question, en agissant sur la schizoïdie de l'individu, y provoquent des modifications morbides

dont nous venons de parler, modifications forcément semblables à celles qui se produisent quand la même schizoïdie, sous l'influence de causes encore inconnues, donne naissance à une schizophrénie vraie. Il ne s'agit là évidemment pas d'un problème purement théorique. Nous étudierons les antécédents tant personnels qu'héréditaires du malade et chercherons à voir si nous trouvons de cette façon des données qui nous permettent d'admettre chez lui l'existence d'une prédisposition spéciale pour les symptômes d'ordre schizophrénique. Cette façon de voir n'implique pas nécessairement l'identité d'un syndrome hébéphréno-catatonique, qui surgit à la suite d'une encéphalite léthargique par exemple, avec une schizophrénie vraie. Des causes différentes peuvent déterminer des différences appréciables, concernant la marche de la maladie, ou même la symptomatologie plus subtile ; n'empêche que le tableau général peut être le même là où ses causes diverses agissent sur le même élément de notre vie psychique.

Les notions de M. Bleuler pénètrent pourtant encore bien plus loin dans notre travail clinique. Elles posent constamment devant nous le problème de l'analyse de tout tableau clinique, dans les deux directions essentielles de la schizoïdie et de la syntonie.

Tout schizophrène peut présenter des symptômes qui tendent à établir le contact avec la réalité, tout malade atteint de folie maniaque dépressive peut inversement présenter des manifestations d'ordre schizophrénique. Ce sont de nouveau les recherches généalogiques sur l'hérédité des maladies mentales qui font ressortir l'intérêt des analyses cliniques dont nous parlons. Nous nous trouvons, au cours de ces recherches, bien souvent en présence d'une hérédité convergente et dissemblable : prédominance d'éléments de syntonie d'un côté et de schizoïdie de l'autre. Comment viennent se refléter ses divers éléments dans la psychose du descendant ? Inversement là où nous nous trouvons en présence d'une psychose mixte, pouvons-nous l'expliquer par une hérédité convergente et dissemblable ? Telles sont les questions qui se posent à chaque instant.

Elles ne sont pas entièrement nouvelles. Il suffit de rappeler que Magnan parlait dans le même sens d'une existence chez le même individu, côte à côte, d'un délire épileptique et d'un délire vésanique. Toutefois maintenant, il ne peut s'agir uniquement d'une telle coexistence de deux affections différentes qui suivent chacune leur marche distincte et indépendante de l'autre. La fusion de manifestations morbides de la schizoïdie d'un côté et de la syntonie de l'autre peut être bien plus intime ; elle exige une analyse clinique très subtile ; nous ne pouvons plus nous contenter d'étudier l'influence que peuvent exercer deux maladies différentes sur leur évolution respective ; nous ne nous contenterons pas non plus de la constatation qu'un individu se comporte plutôt, dans l'intervalle entre deux accès de folie maniaque dépressive, comme un schizophrène en rémission ou inversement ; nous sommes obligés d'aller plus loin et recherchons en fin de compte dans chaque tableau clinique les éléments essentiels dont nous parlons.

Ces recherches nous montrent pourtant rapidement à quel point de vue encore les notions de schizoïdie et de syntonie demandent à être précisées davantage. Les groupes de la schizophrénie et de la folie maniaque dépressive, prises même dans le sens le plus large du mot, ne peuvent épuiser le domaine des psychoses endogènes. Les recherches généalogiques faites sur une vaste échelle nous mettent très rapidement en présence de troubles mentaux d'ordre épileptique et nous mènent à l'étude de traits particuliers de caractère chez les individus normaux de la famille examinée. Le problème du caractère épileptique, ou comme nous pouvons dire de l'épileptoïdie, se pose devant nous ; il devient d'autre part inévitable d'envisager toutes les combinaisons possibles de l'élément épileptique avec ceux de la schizoïdie et de la syntonie. Mais la juxtaposition de ces deux dernières notions ne semble laisser de place pour aucune autre notion qui leur serait équivalente ; d'autre part, nous ne pouvons plus nous contenter pour caractériser les traits essentiels des manifestations épileptiques, de notions purement descriptives comme

celle de la bradypsychie par exemple ; ceci rendrait notre travail nettement dysharmonique ; à côté de facteurs fonctionnels comme ceux de la schizoïdie et de la syntonie, nous aurions maintenant des éléments purement descriptifs et statiques ; rien de bon ni d'utile ne pourrait résulter d'un tel mélange. C'est une grande difficulté que nous rencontrons ainsi sur notre route. Parviendrons-nous à l'écarter ? Pour ceci, il faudrait tenter de faire de l'épileptoïdie une notion équivalente à celles de la schizoïdie et de la syntonie, de la situer dans le même plan que celles-ci, de la rapporter, en un mot, au point central de ces conceptions, c'est-à-dire au contact avec la réalité. Nous pouvons essayer d'amorcer le problème.

Dans la chambre d'un schizophrène règne souvent un ordre minutieux ; la demeure d'un épileptique peut présenter le même aspect. Toutefois, comme nous l'explique M. Bleuler, ce sont deux mécanismes tout différents qui aboutissent dans ces deux cas au même résultat. Il n'y a qu'à regarder l'un et l'autre ranger leurs affaires. L'épileptique plie avec soin, avec amour même, un mouchoir de poche, il écarte soigneusement le moindre pli, caresse son mouchoir, recommence bien souvent toute l'opération, n'en finit plus ; on dirait qu'il entoure son mouchoir d'une affection particulière, qu'il ne peut plus s'en détacher, que rien d'autre n'existe pour lui à cet instant dans l'univers ; ces affaires se trouvent de ce fait toujours en ordre parfait. Le schizophrène, lui, reste froid et impassible, son point de départ se trouve au pôle opposé ; l'ordre, c'est pour lui avant tout une idée abstraite, une loi ; les objets concrets dont il approche doivent y être soumis, sans exception aucune ; leur portée individuelle n'entre pas en ligne de compte ; ils n'ont au fond de valeur autant seulement qu'ils se laissent subordonner à une idée abstraite et à une règle générale.

Peut-être pouvons-nous maintenant dire ce qui suit. Là où prévaut la syntonie, si l'individu se trouve en présence d'un objet ou d'un événement concret, il le voit toujours se profiler sur le fond général du devenir qui se déroule derrière lui ; le passage d'un objet à un

autre s'effectue de ce fait sans aucune difficulté ; ce passage est toujours conforme aux exigences du moment, il suit les appels divers venant à l'improviste du dehors ; la syntonie va toujours de pair avec le sentiment de tact et de mesure. L'épileptique, lui, semble avoir perdu la notion des liens qui rattachent tout objet à son ambiance ; l'univers se réduit pour lui ainsi forcément à l'objet qu'il trouve devant lui ; il y concentre toute son énergie affective et par une sorte d'inertie ne peut plus s'en détacher ; les liens qui rattachent l'objet concret aux objets et aux événements qui l'entourent semblent être rompus. Si l'épileptique voit ainsi l'objet concret en trop grand et de trop près, le schizophrène le voit, par contre, de trop loin et en trop petit ; il l'aborde du point de vue de l'idée abstraite qui englobe évidemment bien d'autres objets encore ; les particularités individuelles de chacun d'eux passeront de ce fait souvent inaperçues ; ce qui fait le contenu vivant de l'objet ne provoquera ainsi bien des fois aucune réaction adéquate ; le schizophrène ne vibre plus à l'unisson, pour cette raison, avec l'ambiance ; il supplée aux réactions spontanées qui lui font défaut par des opérations intellectuelles et fait ainsi souvent fausse route. L'individu que nous classons dans la rubrique de la syntonie sait faire une visite de condoléance ; nous lui en saurons gré ; là, par contre, où un visiteur nous aura serré la main avec tant de sympathie et exprimé ses sentiments de telle façon qu'après son départ nous pousserons un soupir de soulagement, l'expression « épileptoïdie » ne nous paraîtra peut-être pas tout à fait déplacée, là enfin, où dans les mêmes circonstances, après un discours logique et plein de sens, nous éprouverons le besoin de nous mettre auprès du feu pour nous réchauffer un peu, nous oublierons peut-être le caractère malsonnant du mot « schizoïdie » et nous rendrons compte de sa portée réelle.

C'est de cette façon que nous parviendrons peut-être à nous frayer passage. Il est pourtant encore trop tôt pour insister là-dessus davantage. Nous voulions montrer simplement que les nouvelles notions de M. Bleuler étaient viables et méritaient d'être discutées. Il semble

indiqué d'essayer de les appliquer et d'examiner les avantages qu'on peut en tirer de cette façon.

Je voudrais rendre hommage maintenant à l'aliéniste suisse Rorschach, ancien médecin adjoint de l'asile de Herisau dans le canton d'Appenzell. Rorschach a été emporté récemment, en pleine activité scientifique, par une appendicite. Il avait consacré plusieurs années de sa vie à la mise au point d'une méthode d'investigation que je voudrais présenter ici. Il s'agit de l'interprétation de formes et contours représentés par des taches d'encre. Après de longs essais, Rorschach s'est arrêté à une série de dix tableaux obtenus de cette façon et qui sont en partie colorés. La méthode de taches d'encre n'est pas nouvelle ; elle était toutefois considérée jusqu'à présent, avant tout, comme test de l'imagination ; le côté original de la conception de Rorschach consiste en ceci qu'il croit pouvoir s'en servir pour étudier la perception et l'aperception. Il prend pour point de départ des définitions de M. Bleuler. D'après celui-ci, les groupes de sensations provoquées par des excitations extérieures évoquent des traces mnésiques, des engrammes ; plus ou moins semblables aux sensations présentes, ces engrammes viennent s'y joindre et constituent avec elles, ensemble, les perceptions. Toute perception est ainsi le résultat d'un certain travail de choix et d'adaptation de traces mnésiques à des sensations venant du dehors. Le même mécanisme entre en jeu quand il s'agit d'interpréter les formes contingentes de taches d'encre. Pourtant, ici, la différence entre les engrammes évoqués d'un côté et les sensations de l'autre est suffisamment grande pour devenir consciente ; nous nous rendons compte de l'à-peu-près et savons ainsi que nous interprétons. Ce n'est pourtant pas toujours le cas ; certains p. g. et déments séniles, par exemple, prétendent que les tableaux examinés représentent réellement les objets qu'ils croient y voir. Ceci n'est d'ailleurs que d'un intérêt secondaire. Ce qui est bien plus important, c'est que dans les réponses données vient se refléter toute l'attitude du sujet examiné par

rapport à son ambiance. Ceci concerne aussi bien les individus sains d'esprit que les aliénés. Des données fort intéressantes, d'ordre psychologique et psychopathologique, peuvent être obtenues ainsi, malgré la simplicité de l'expérience. Celle-ci présente d'ailleurs aussi l'avantage d'être assez amusante : les malades ne s'y refusent qu'exceptionnellement. Rorschach soumet les données fournies par l'épreuve, dans chaque cas, à une analyse subtile. Certaines réponses sont uniquement déterminées par la forme de l'image ; dans d'autres on reconnaît la présence de facteurs kinesthésiques ; parfois, on voit même le sujet d'épreuve ébaucher les mouvements correspondants. Dans ces réponses, contenant des éléments moteurs, prédominent chez les uns les éléments de flexion, chez d'autres ceux de l'extension ; les premiers verront une vieille femme courbée portant un parapluie sous le bras, là où les seconds croiront avoir devant eux une danseuse exécutant un pas extravagant. Tantôt les réponses sont déterminées par la forme ou par les facteurs kinesthésiques, tantôt nous reconnaissons en elles, sans peine, l'influence primordiale des couleurs. Tel individu donne une seule réponse à chaque tableau qu'on lui présente, tel autre en donne deux ou trois ou même davantage. L'expérience prend plus ou moins de temps, selon les cas, même là où la quantité totale des réponses données est à peu près la même. Certains prennent pour point de départ la totalité de l'image et passent ensuite aux détails ; d'autres suivent la direction inverse ; ils commencent par l'interprétation d'un détail quelconque et passent ensuite au tout. Ce passage, d'ailleurs, peut s'effectuer de façon diverse ; les uns essaient de rattacher le tout au détail en tenant compte des relations qui existent réellement dans l'image examinée, d'autres donnent libre cours à l'imagination et à la fabulation. Parfois le sujet d'épreuve n'interprète pas l'image elle-même, mais les espaces blancs qui restent entre les taches d'encre. Les tableaux sont très fréquemment interprétés comme silhouettes d'animaux ; la proportion de ces ré-

ponses « zoologiques » varie pourtant selon les cas. Les réponses données ne sont pas semblables dans les divers stades d'une maladie mentale ; elles diffèrent également, d'après Rorschach, chez les névrosés, avant et après la psychanalyse. Rorschach, d'ailleurs, ne s'est pas arrêté aux résultats déjà obtenus ; il cherchait à perfectionner encore davantage sa méthode. A la dernière assemblée d'aliénistes* suisses, qui s'est tenue à Zurich au mois de novembre, M. Oberholzer a présenté un fragment de manuscrit qui a été retrouvé parmi les papiers de Rorschach et qui doit paraître incessamment. Le volume qui a paru (1) déjà porte sur quatre cents expériences, concernant des aliénés et des individus normaux. Rorschach soumet les réponses à une analyse dont nous avons indiqué tout à l'heure les points principaux ; il établit ensuite, d'une façon empirique, des corrélations entre les données de l'épreuve d'un côté et des données caractérologiques ou des faits cliniques de l'autre. On est surpris à prime abord par tout ce que peut nous apprendre cette épreuve, très simple au fond, et qui ne demande pas d'habitude plus d'une demi-heure ; les conclusions semblent même trop osées. Je dois pourtant dire que, pendant mon séjour à Zurich, j'ai eu l'occasion de voir des psychogrammes établis par Rorschach, sans qu'il sache de qui provenaient les réponses. Ces psychogrammes étaient d'une richesse en détails et en même temps d'une précision remarquables. Il serait intéressant de soumettre la méthode de Rorschach à une étude critique approfondie ; ce travail présenterait d'autant plus d'intérêt que des différences de race viendraient probablement se refléter dans les réponses données. Rorschach nous fait entrevoir lui-même cette circonstance en comparant, à ce point de vue, les habitants du canton d'Appenzell avec ceux du canton de Berne ; en le faisant, il insiste sur les différences de

(1) RORSCHACH. — *Psychodiagnostik*, 1921 (Ernst Bircher Verlag in Bern und Leipzig).

caractère et même de tableaux cliniques que présentent les habitants de ces deux cantons.

En ce qui concerne l'assistance aux aliénés et psychopathes, je voudrais tout d'abord signaler la création, près de l'asile, d'un service pour enfants anormaux. Ce service fonctionne sous la direction du professeur Maier, qui dirige également le dispensaire psychiatrique de Zurich, dont il a été question ici à plusieurs reprises. Un pavillon où étaient hospitalisés jadis quelques malades chroniques a été transformé dans ce but ; il se trouve à l'extrémité du parc très vaste de l'asile, loin des bâtiments principaux ; on y accède maintenant par une entrée spéciale, de sorte qu'il peut être considéré comme se trouvant entièrement en dehors de l'enceinte de l'asile, ce qui a évidemment une grande importance. Le service a 25 lits ; au cours de la première année il y a eu dans les quatre-vingts entrées ; comme il est destiné aux pensionnaires des deux sexes on ne peut y recevoir actuellement que des enfants au-dessous de quatorze ans ; toutefois, M. Maier projette déjà l'élargissement du service et la construction d'un deuxième pavillon, ce qui permettrait de séparer les deux sexes et de fixer la limite d'âge à seize ans. Le service est devenu très rapidement une station centrale d'observation pour le canton de Zurich ; il est en relations étroites avec le corps enseignant et les tribunaux pour enfants. En cas de réactions associées trop violentes, les enfants sont transférés, pour plus ou moins longtemps, à l'asile. C'est le professeur Maier, comme je l'ai déjà dit, qui dirige le service ; en dehors de lui y sont attachés un médecin assistant et un directeur pédagogique qui lui-même est secondé par deux assistants bénévoles. Il existe dans le service une salle d'étude et un atelier de menuiserie pour les garçons plus âgés. Toutes les méthodes d'investigation, tant d'ordre médical que pédagogique, y sont employées ; l'installation est tout à fait moderne. La clinique de Zurich réunit maintenant sous la même direction les trois éléments dont devrait se composer l'activité de tout aliéniste : asile, dispensaire en ville et service

pour enfants anormaux. Le jeune psychiatre a ainsi la possibilité d'acquérir ici toutes les connaissances nécessaires pour son travail futur.

L'asile de Zurich tend d'ailleurs à centraliser entre ses mains toutes les mesures d'assistance aux aliénés et aux psychopathes. C'est ainsi que l'office de placement familial, qui fonctionne dans le canton de Zurich depuis 1909 sous le nom de « Irreninspektorat », a été annexé à l'asile en 1915 ; il a à sa tête, depuis 1918, le deuxième médecin adjoint de l'asile, le privat-docent Dr Kläsi. Les malades à placer sont choisis d'un commun accord avec lui ; ils sont toujours considérés comme internés et peuvent être renvoyés à l'asile, en cas de besoin, sans aucune formalité ; en cas d'amélioration, enfin, le médecin signe leur sortie définitive. Selon le travail que peut fournir le malade, les familles nourricières sont dédommagées par l'asile ou, au contraire, offrent aux malades, en dehors de la pension, de modestes appointements ; dans ce dernier cas, non seulement l'Etat réalise des économies sérieuses, mais encore le malade devient, autant que possible, porteur d'un livret d'épargne. Ce qui caractérise avant tout le fonctionnement du placement familial de Zurich, c'est qu'il n'est pas destiné en premier lieu aux malades chroniques ; il tend, au contraire, de devenir de plus en plus un instrument curatif et de servir ainsi de transition entre la vie à l'asile et celle en liberté complète. Beaucoup de schizophrènes, par exemple, s'adaptent très rapidement à la vie d'asile et s'immobilisent ainsi dans leur autisme ; il devient nécessaire de les tirer de leur torpeur psychique ; le changement de milieu est un facteur important à ce point de vue. Dans bien des cas, il peut paraître prématuré de les remettre dans la vie normale. C'est là avant tout qu'intervient le placement familial. M. Kläsi a d'ailleurs perfectionné son fonctionnement en créant des stations intermédiaires ; une vingtaine de malades travaillent ensemble dans chacune d'elles à la culture ; d'ici ils sont confiés ensuite, quand leur état le permet, à des familles nourricières. C'est ainsi que le placement

familial s'est inspiré de la conception de la schizophrénie de M. Bleuler et des vues thérapeutiques qui en résultent ; il est devenu ainsi un instrument curatif de l'asile. Le nombre de malades placés dans les familles est monté de 90 en 1918 à 138 en 1921, sans compter les malades des stations intermédiaires. Ces chiffres, aussi petits qu'ils puissent nous paraître, ont leur importance là où il s'agit de la population d'un canton qui compte 600.000 habitants environ. L'Etat d'ailleurs, et ceci est aussi un point digne d'intérêt, réalise ainsi des économies sérieuses : tandis que le malade à l'asile lui revient par jour à 3-5 francs, il ne dépense pour l'aliéné confié à l'office de placement familial en moyenne qu'un franc 10 centimes.

De la séparation dans les asiles d'aliénés de la Seine des criminels ou délinquants et des malades placés par les familles.

Par A. RODIET

Médecin en chef de l'Asile de Ville-Evrard

Dans les asiles de la banlieue parisienne, on compte de nombreux aliénés internés par les soins de la Préfecture de Police. En janvier 1923, à l'asile de Ville-Evrard, sur une population de 1.350 aliénés des deux sexes, 520 hommes et 270 femmes sont internés d'office, c'est-à-dire plus de la moitié des malades traités.

Ce sont des malades qui ont été arrêtés chez eux ou dans la rue après délit ou scandale sur la voie publique ou bien qui ont été dénoncés comme dangereux par des voisins d'immeuble ou des parents ou encore qui ont été eux-mêmes prévenir le Commissaire de Police de leur intention de commettre un crime en se défendant contre un ennemi imaginaire ou en se vengeant d'un

attentat illusoire. Les aliénés criminels les plus dangereux sont isolés à l'Asile de Villejuif dans un quartier spécial, mais le nombre des places dans ce quartier est très limité. Actuellement tous les autres aliénés placés d'office, même s'ils ont commis un crime, vivent en contact permanent et sans distinction dans les mêmes quartiers avec les malades placés par leurs familles ou qui ont demandé eux-mêmes à être traités. Il en résulte des plaintes justifiées des familles et des malades eux-mêmes qui, tous, ne sont pas indifférents au contact des voisins de table et de lit. Je pourrais citer dans mon service le cas d'un grand blessé, commotionné de la guerre, qui, convalescent et redevenu lucide et conscient, m'a exprimé tout son étonnement de vivre dans un milieu auquel son éducation, ses services de guerre et sa situation sociale antérieure à l'internement ne l'ont pas habitué. Parmi nos malades, il en est d'autres, paralytiques généraux au début, déments précoces ou persécutés, à qui ce contact est pénible. Les familles ne sont pas insensibles non plus à la promiscuité obligée de leurs malades avec des criminels ou des délinquants. Pendant leurs visites, au parloir, elles redoutent ce voisinage, en témoignent leur mécontentement et craignent, à juste titre, les mauvais conseils et les mauvais exemples, quand il s'agit de jeunes aliénés, débiles mentaux non pervers ou déments précoces aisément suggestionnables.

En attendant qu'il existe un asile assez vaste pour accueillir tous les aliénés criminels ou délinquants du département, on devrait, semble-t-il, pouvoir isoler dans des quartiers spéciaux ces malades et les séparer de ceux qui n'ont pas commis crime ou délit et volontairement sont venus se faire soigner à l'asile.

Dans le cas où cette mesure ne serait pas applicable à cause de l'encombrement progressif des asiles de la Seine, il y aurait lieu de passer un contrat avec certains asiles de province qui disposent de places vacantes et à de certaines conditions à déterminer, de leur envoyer ces malades.

Il y aurait là pour le Département de la Seine une économie, le prix de journée dans les asiles de province

étant très inférieur au prix de journée des asiles de la banlieue parisienne.

Cette économie serait encore plus importante si, parmi les aliénés envoyés en province, se trouvaient tous les étrangers arrêtés à Paris et hospitalisés dans nos établissements. Parmi ces étrangers, il en est de très indésirables et je pourrais citer un jeune Russe hospitalisé dans mon service qui m'a certifié avoir été amené en France par sa famille pour être confié à notre Assistance.

Or, nos conditions économiques ne sont pas telles que nous puissions accueillir ainsi dans les asiles où le prix de journée est le plus élevé, les malades des autres nations. Qu'ils soient traités par nous, quand ils deviennent malades chez nous, c'est justice, mais ne conviendrait-il pas, dans leur intérêt même, toutes les fois qu'il n'est pas possible de les rapatrier, de les transférer dans les asiles d'aliénés les plus voisins de leurs pays d'origine. C'est ainsi que les Polonais, les Russes, les Belges trouveraient leurs places dans les établissements du Nord et de l'Est, tandis que les Italiens, les Espagnols et nos coloniaux seraient assistés dans les asiles du Midi. Il faudrait surtout éviter de transférer, ainsi que je l'ai observé, un nègre dans un établissement du Nord où le climat peut lui être nuisible et un Belge à Pau ou à Pierrefeu.

Appliquées avec méthode, ces mesures, distinguant les différentes catégories d'aliénés dans nos services, complèteraient le projet de la division de nos malades en aigus et en chroniques, projet qui est en cours d'application à l'Asile Ste-Anne.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 29 JANVIER 1923

Présidence de MM. TOULOUSE et ANTHEAUME, Présidents

Assistent à la séance : MM. Allamagny, Brousseau, Bussard, Pierre Kahn, Minkowski, membres correspondants nationaux.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de décembre.

Installation du Bureau

M. TOULOUSE, *président sortant*. — Mes Chers Collègues, Hier je vous remerciais de la grande marque de sympathie que vous m'aviez témoignée en m'appelant à présider vos travaux. Aujourd'hui la mission que vous m'avez confiée prend fin et je dois vous en rendre compte.

A la vérité, cette mission n'est pas lourde à remplir. Tout le travail en revient à nos dévoués secrétaires, et surtout à notre inlassable secrétaire général, mon vieil ami Colin, qui, parmi les pouvoirs éphémères, représente l'élément stable, le ciment qui maintient jointes les pièces de l'édifice. Il m'en voudrait d'insister dans son éloge que vous avez d'ailleurs tous ratifié.

Que nos collègues Charpentier et Capgras reçoivent tous mes remerciements pour leur collaboration. Leur tâche s'accroît à mesure qu'un mal semble s'aggraver parmi nous : la paresse de rédiger les discussions auxquelles on prend part. Or il importe que nos confrères de la province et de l'étranger puissent avoir un compte rendu fidèle de nos séances, où les grandes questions de psychiatrie sont abordées chacune à son tour. On pourrait simplifier ce travail en employant une sténographe dont le compte-rendu serait ensuite résumé et corrigé.

Nous avons eu cette année à regretter la perte de plusieurs collègues distingués et aimés : le D^r Conso, qui venait d'être élu membre titulaire, le médecin-inspecteur Huot, le D^r Dericq, médecin-directeur de l'asile de Bonneval, et le professeur Julio de Mattos, de Porto.

Nous avons en revanche recruté de nouveaux membres : comme membres titulaires d'abord, le D^r Claude, professeur de clinique des maladies mentales à la Faculté de médecine, et le D^r Raynier, inspecteur général adjoint au ministère de l'Intérieur, dont la collaboration nous sera précieuse.

Le Professeur Raviart, de Lille, le professeur Abadie, de Bordeaux, le D^r Guiraud, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard, et le D^r Brousseau, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, le D^r Jean Essein, médecin de l'asile de Stefansfeld, le D^r Jean Robert, médecin-directeur de l'asile d'Auch, le D^r Quercy, médecin de l'asile de Rennes, ont été élus membres correspondants.

Enfin le professeur Auguste Ley, de l'Université de Bruxelles, le D^r Georges Gordon, de Londres, le D^r Flournoy, privat-docent de la Faculté de médecine de Genève, ont été nommés membres associés étrangers.

Que tous nos collègues français et étrangers reçoivent à nouveau mes souhaits de bienvenue avec toute notre sympathie.

La Société Médico-psychologique a eu, sur l'initiative de notre collègue le D^r Colin, et sur le conseil de notre collègue anglais le professeur Robertson, le grand honneur de présider à une réunion plénière des Sociétés françaises de psychiatrie pour fêter le centenaire de la thèse de Bayle. Vous avez tous présents à la mémoire les importants travaux qui ont été discutés. Cette solennité psychiatrique avait réuni auprès de nous un grand nombre d'aliénistes étrangers qui ont rendu à la psychiatrie française un hommage dont nous avons été profondément touchés. Je tiens à évoquer parmi les agréables souvenirs de ces journées la cérémonie à l'Institut, organisée par la « Bienvenue française », et aussi cette magnifique réception que le Conseil général de la Seine nous a offerte dans les salons de l'Hôtel de Ville.

Les séances de la Société ont été cette année très nourries et très animées. Une simple énumération des sujets fort variés n'ajouterait rien à leur importance. Plusieurs travaux, notamment parmi ceux de nos jeunes confrères, ont marqué une orientation dans le sens des applications de la biologie à la psychiatrie. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette évolution, qui rapproche encore davantage de la médecine générale notre spécialité dont l'étude devient par là plus productive, mais plus complexe encore.

Plusieurs séances ont été consacrées à la question des services libres pour le traitement des affections mentales, à l'occasion de l'ouverture à Ste-Anne du Service de prophylaxie mentale qui m'a été confié. Comme il arrive toujours aux tournants du chemin que suit notre spécialité, les opinions se sont affrontées dans les discussions, qui n'ont pas manqué parfois d'être vives. Mais — c'est le cas entre gens sincèrement épris de progrès — un accord s'est réalisé notamment dans la réponse que la Société dut faire à une demande d'avis du ministre de l'Hygiène.

L'avenir, que j'espère proche, montrera en quelles conditions et en quelles limites les affections mentales pourront être traitées dans les services non soumis au contrôle de la loi de 1838. Le jour où cette réforme sera largement appliquée, les asiles pouvant recevoir comme les hôpitaux des malades sans formalités légales, le préjugé qui s'attache encore avec force à nos établissements en sera grandement affaibli. Le mouvement en faveur de l'hygiène mentale, dont la création du service ouvert n'est qu'un épisode, emporte la psychiatrie dans une voie nouvelle où elle trouvera plus de sympathie parce que l'aliéniste ne reste pas simplement le médecin chargé du traitement et de la surveillance des malades aliénés, mais aussi le conseiller pour tout ce qui concerne l'hygiène du cerveau. C'est ce qu'a nettement exprimé l'accueil fait au Congrès d'hygiène mentale par les pouvoirs publics et l'opinion.

Ainsi paraît devoir se réaliser le désir qu'a exprimé ici-même notre collègue Pactet en quittant la présidence lorsqu'il demandait que la Société Médico-psy-

chologique « sorte de son splendide isolement médical, afin de devenir pour les pouvoirs publics un conseiller averti et un guide éclairé ».

Au moment de reprendre ma place dans le rang, permettez-moi d'exprimer un vœu. Dans le classement des Sociétés de psychiatrie la Société Médico-psychologique a gardé son amour des idées générales, capables de guider nos travaux. En tenant compte de l'évolution, qui élargit le champ de nos recherches, on peut se demander si toutes les sciences auxquelles nous nous adressons de plus en plus sont suffisamment représentées dans notre Société. Pour moi, je ne le pense pas ; et je crois que nous aurions tout intérêt, même en augmentant le nombre de nos places, à faire appel à des médecins et des biologistes non psychiatres, mais dont les études se rapprocheraient sur certains points des nôtres.

C'est le vœu que je transmets à mon successeur, mon vieux camarade Antheaume, dont nous apprécions tous le grand esprit organisateur, si largement ouvert à toutes les suggestions de progrès.

Je l'invite à prendre la présidence de la réunion et je prie aussi M. Truelle, vice-président, de venir occuper sa place au bureau de la Société.

M. TRUELLE, vice-président, prend place au bureau.

M. ANTHEAUME, *président*. — Messieurs, L'honneur qui m'échoit aujourd'hui de présider pour l'an 1923 aux travaux et aux discussions de la Société Médico-psychologique, m'invite à vous remercier, mes chers Collègues, de m'avoir élu l'an dernier à la vice-présidence de notre compagnie dont la grande réputation est depuis près de soixante-dix ans solidement assise dans tous les pays.

Je suis sensible aux paroles aimables que mon prédécesseur à cette présidence, mon excellent collègue Toulouse, vient de m'adresser ; je l'en remercie et je puis l'assurer que nous étudierons avec le soin qu'il mérite le desiderata qu'il vient d'exprimer.

J'espère aussi que, grâce à l'amical concours de notre très actif et dévoué secrétaire général Henri Colin, je

pourrai être de quelque utilité à la prospérité de la Société Médico-psychologique.

Vous venez d'entendre l'éloge du passé, d'un passé encore très récent dans l'appréciation de M. Toulouse au sujet des travaux de 1922 ; le moment est donc venu de songer dès aujourd'hui à l'avenir, à l'organisation de nos travaux en 1923.

Je m'explique.

L'ordre du jour de nos séances est toujours riche en communications nouvelles venues de tous les points de l'horizon psychiatrique, et notre secrétaire général n'est point en peine d'alimenter notre *Bulletin* dans les *Annales Médico-psychologiques*, à la rédaction desquelles il consacre de fructueux efforts ; mais la mise à l'ordre du jour de la question des services ouverts qui a donné lieu à d'intéressants débats pendant quelques séances ne doit-elle pas nous engager à persévérer dans cette voie ? Il ne saurait s'agir, bien entendu, de revenir présentement sur la question des services ouverts, puisque le débat a été clos par l'adoption d'une réponse au ministre de l'Hygiène, réponse que j'ai eu l'honneur de vous soumettre et que vous avez bien voulu approuver.

Or, mes chers Collègues, les questions psychiatriques et médico-légales que nous pourrions ainsi examiner à tour de rôle sont nombreuses, et il y en a deux en particulier qui me paraissent mériter de retenir notre attention.

Il en est une première qui présente pour ainsi dire un caractère d'urgence. Elle se pose, présentement, à la suite d'un vote du 30 décembre dernier du Conseil général de la Seine qui a décidé l'ouverture, pour l'année en cours, de crédits très importants à l'Asile Sainte-Anne, afin de réorganiser ce grand établissement qui, par délibération formelle de l'Assemblée départementale, va désormais devenir « l'hôpital psychiatrique », hôpital central de traitement, toutes dénominations destinées à remplacer l'appellation asilaire actuelle.

Mais il n'y a pas là qu'une question de mot — quoique la question de mot soit à mon avis fort importante — il y a là une question de fait, de réalisation prochaine.

Les services d'aliénés de l'*ex-asile Sainte-Anne* vont être dédoublés (il ne s'agit naturellement ni du service de la Clinique de la Faculté, ni du service de l'Admission) ; et ces services après adaptation matérielle adéquate vont recevoir des aliénés dits aigus ; les aliénés dits chroniques étant répartis suivant un mode à déterminer dans les services d'autres établissements.

Or, la création de l'hôpital psychiatrique pour maladies mentales aiguës dans le domaine de l'internement en France, constitue certes une innovation désirée depuis longtemps par les aliénistes de ma génération, mais qui doit procéder d'une série de directives médicales très importantes que j'ai abordées, mais en les schématisant seulement dans un rapport récent à la Commission de surveillance des asiles de la Seine.

Aussi je crois que notre secrétaire général serait bien inspiré s'il pouvait mettre à l'ordre du jour une série de questions comme celles-ci :

Quels sont, dans le domaine de l'internement, les malades qui peuvent être utilement hospitalisés dans un service spécialement organisé pour le traitement des aliénés dits aigus ? — Combien de temps les malades doivent-ils séjourner dans ces services ? — Combien de malades de ce genre peuvent-ils être utilement confiés à un chef de service ?

Autant de points, et il y en a bien d'autres, qui doivent être médicalement précisés à la veille d'un fonctionnement spécialisé.

Ne vous semble-t-il pas qu'à propos d'une réforme aussi importante, une société comme la nôtre ferait bien de formuler un avis compétent en tenant compte de l'intérêt primordial des malades, de l'intérêt scientifique, et des considérations budgétaires... déjà fixées.

Dans un autre ordre d'idées, il me paraîtrait opportun que la Société Médico-psychologique voulût bien s'intéresser à une question médico-légale qui est à l'ordre du jour de la *Société de médecine légale de France* et de la *Société des prisons* et qui intéresse l'opinion publique, c'est celle des aliénés criminels ; je crois aussi que nous devrions reprendre la question des aliénés dans les prisons dont notre collègue Pactet se préoccupe depuis de longues années.

Or, la mise au point de la question des aliénés criminels pourrait aboutir à un projet de loi autonome devant le Parlement si toutes les sociétés compétentes faisaient sur ce sujet un effort non pas *successif*, mais *simultané* ; et le problème des aliénés méconnus dans les prisons ainsi que l'organisation d'un service d'anthropologie pénitentiaire, préoccupe à ce point l'attention de notre excellent ministre de l'Hygiène, M. Strauss, qu'il a été tout récemment étudier sur place en Belgique les réformes effectuées, avec le succès que l'on sait, dans le but, d'accord avec son collègue le Garde des sceaux, ministre de la Justice, de tenter l'introduction en France d'une organisation similaire !

Ce que je désire en un mot, mes chers Collègues, c'est que la Société Médico-psychologique, que de très anciennes traditions ont jadis retenue quelquefois au rivage, vogue à pleines voiles vers le mouvement social actuel, en faisant appel à la compétence technique si hautement appréciée de tous ses membres.

Vous serez tous d'accord avec moi pour reconnaître qu'il lui appartient de se classer par ses travaux et son orientation non à l'arrière-garde du progrès, non en marge du progrès, mais à l'avant-garde du progrès, grâce à un regain de jeunesse scientifique que vous êtes, mes chers Collègues, en mesure de lui infuser si vous lui témoignez comme moi un grand attachement au service d'une activité persévérante.



La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Capgras, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. le D^r Quercy, médecin de l'Asile de Rennes, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant ;

des lettres de M. le Professeur Georges Dumas, et de M. le D^r Rodiet qui posent leur candidature à la place vacante de membre titulaire. Une Commission est nommée composée de MM. Arnaud, Chaslin, Colin, Toulouse,

et René Charpentier, rapporteur. L'élection est fixée à la séance de février.

Invitation de la Société Suisse de Psychiatrie

M. René CHARPENTIER, secrétaire permanent du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, transmet à la Société une invitation de M. le Dr Répond, président de la Société Suisse de Psychiatrie, d'assister au Congrès de printemps de cette Société, à Genève, le samedi 2 juin et le dimanche 3 juin 1923.

La première séance aura lieu à l'Asile de Bel-Air et sera consacrée à l'étude des « Séquelles mentales de l'encéphalite épidémique ». La deuxième séance se tiendra à l'Institut Rousseau, que visiteront les Congressistes, et sera consacrée à l'exposé de travaux sur « La Psychopathologie Infantile en Psychiatrie ».

Le programme détaillé sera envoyé ultérieurement.

Prix de la Société

M. le Secrétaire général fait connaître les sujets choisis par les Commissions pour les prix à décerner par la Société en 1923.

Prix Aubanel : Sujet : Les états maniaques.

Commission : MM. MIGNARD, SEMELAIGNE, VURPAS.

Prix Belhomme : Sujet : Les troubles mentaux dans l'Encéphalite épidémique.

Commission : MM. BRIAND, CLAUDE, SIMON.

La Commission du prix Esquirol est ainsi constituée : MM. ARNAUD, CHASLIN, DUPAIN.

Un mémoire a été déposé pour le Prix Christian qui est décerné sur l'avis du bureau de la Société.

Rapport de la Commission des finances

M. SEMELAIGNE. — Messieurs, à l'ordre du jour de la dernière séance figurait, à tort, le rapport de la Commission des finances. En effet, la Société Médico-psychologique, le 27 janvier 1913, sur la demande de

M. Henri Colin, alors rapporteur, a décidé de remettre à la séance de janvier l'exposé du budget, ce qui semble, disait-il, « conforme à la logique et permettra d'apprécier, d'une façon exacte, les résultats financiers de l'année écoulée ». C'est pour me conformer à cette décision que je n'ai pas présenté mon rapport le mois dernier.

L'avoir de la Société, au 31 décembre 1921, était de	18.422 61
Les recettes en 1922 ont été de	3.840 »
Total	22.262 61
Les dépenses en 1922 ont été de	5.118 60
Reste un excédent global de	17.144 01
qui se décompose ainsi :	
Prix Aubanel	8.111 60
Prix Belhomme	3.350 »
Prix Christian	2.050 50
Prix Moreau de Tours	100 »
Société Médico-psychologique	3.531 91
Total	17.144 01
Les intérêts de la Société en 1922 ont été de	121 13
Total	17.265 14

qui forment l'avoir de notre Société à la fin de décembre 1922.

Votre Commission vous propose d'approuver les comptes de l'année 1922 et de voter des remerciements au D^r Raymond Mallet, notre dévoué trésorier.

Ces conclusions sont adoptées à l'unanimité des membres présents.

Une forme à éclipses du délire des négations

Par M. REVAULT D'ALLONNES

J'observe depuis un an et demi une malade atteinte d'un délire mélancolique avec négation de ses organes, de ses fonctions, de son corps entier, et idée d'immortalité. Si le contenu de ce délire n'offre rien de particulier, l'évolution en est remarquable. Après une persistance de seize mois consécutifs, et alors que la chronicité paraissait vraisemblable, voici, en effet, deux mois passés que ce délire s'est mis à subir des intermissions, des éclipses totales, d'une durée allant de quelques heures à plusieurs jours, pendant lesquelles l'état semble parfaitement normal ; puis, le délire reprend, brusquement et totalement, pendant des durées encore plus courtes, quelques heures, et parfois seulement quelques minutes.

Nous décrirons d'abord la phase du délire établi et continu.

PHASE DE DÉLIRE CONTINU

C'est pendant l'état de délire continu que notre malade a été vue par M. le Prof. Claude, appelé en consultation, en octobre 1922.

A cette époque, cette femme de 44 ans, petite, maigre, brune grisonnante, se tient habituellement sur son lit, d'où il est presque impossible de la faire sortir, couchée en chien de fusil, la face tournée vers le mur. Elle oppose souvent une résistance opiniâtre aux tentatives que l'on fait pour la retourner, ou pour la faire parler. Son visage exprime immuablement l'épouvante. Les sourcils, très relevés, soulèvent les paupières supérieures, et les sclérotiques apparaissent au-dessus des iris ; le front est plissé de rides, le regard est fixe et comme fasciné ; les lèvres sont agitées de plaintes, ou, au contraire, serrées, parce qu'il est impossible ou inutile de parler. Le teint est blafard, la sueur est fétide. Des deux côtés les réflexes rotuliens sont nuls. Tous les autres réflexes, tendineux, cutanés, pupillaires, sont normaux.

La sensibilité est ou très obtuse, ou très stoïque, car ni piqure, ni distension articulaire, ni pression sur les crêtes tibiales, ni pincement de la peau et des tendons, ni chatouillement de la glotte ne produisent de réaction.

Lorsqu'elle est disposée à parler, cette dame déclare, d'une voix étranglée par l'angoisse, ou peut-être volontairement sépulcrale, qu'elle n'a pas de corps, pas de sang, pas de cœur, pas d'entrailles ; que les aliments, — souvent imposés par la sonde, — tombent dans sa peau, qui n'est pas une vraie peau, s'accumulent dans ce sac, et s'y corrompent ; qu'elle n'a ni langue, ni dents, ni bouche, ni nez, ni yeux, ni tête, ni bras, ni jambes ; qu'elle ne voit pas, n'entend pas, ne sent pas, ne pense pas, ne digère pas, n'évacue pas, ne parle pas, ne respire pas, en un mot, ne vit pas ; qu'étant privée de la vie, elle est privée de la mortalité ; qu'il est impossible qu'elle périsse, ni de mort naturelle, ni de mort violente ; que, même en la coupant en morceaux, on ne parviendrait pas à la détruire.

Notons en passant la relation de l'idée d'immortalité avec les autres idées de négation. L'idée d'immortalité apparaît ici comme une négation de la mortalité, considérée elle-même comme l'un des attributs de la vie.

Si nous objectons à cette négatrice que nous voyons, sur son lit, un corps, que nous le touchons, que nous sentons battre un poulx, que nous entendons, par l'auscultation, les palpitations d'un cœur, et les souffles d'une respiration ; qu'avec un thermomètre nous constatons une chaleur vitale, ces objections ne l'atteignent pas ; elle répond que rien de tout cela n'est authentique, et que nous sommes dupes d'apparences. Son sang n'est pas du sang, son urine n'est pas de l'urine : qu'on les analyse, et l'on sera édifié. Nous, les vivants, les êtres réels, nous ne pouvons pas comprendre ce que, d'ailleurs, elle ne comprend pas davantage elle-même. Rien n'égale l'horreur de ce fait inconcevable et pourtant trop certain : un être qui n'est pas un être ; qui n'est ni vivant, ni mort, ni mortel ; qui continuera éternellement à être absurde et repoussant. Il faudra bien enfin se décider à mettre en terre, dans un trou, cette chose, qui n'est même pas une chose, et qui se

remue. Pendant des siècles sans fin, cela continuera à souffrir, non, souffrir n'est pas assez dire ; mais il n'existe pas de terme adéquat ; à penser, sans comprendre ; à se remuer, sans vivre.

Cette catholique croyante, si on lui parle de Dieu, répond que Dieu n'existe pas. C'est la seule extension extra-personnelle que nous ayons constatée à ce délire. Sauf cette unique exception, la négation porte exclusivement sur la personne même, elle ne déborde pas vers les autres personnes, vers les choses du monde extérieur. Bien au contraire, la réalité des autres êtres est spontanément proclamée, enviée, invoquée comme repoussoir à l'irréalité personnelle : « Tout, autour de moi, est réel, vivant ; et je suis la seule chose en contrefaçon. »

Ce dernier mot donne la clef de tout le système. A la base des thèmes idéatifs de négation, il y a un sentiment, le sentiment de l'irréalité personnelle, le sentiment de n'être soi-même qu'une illusion.

Sur le mécanisme psychopathique de ce sentiment fondamental, notre malade prête à un essai d'analyse. Elle est, depuis l'enfance, tourmentée par des préoccupations hypocondriaques, elle a toujours guetté ses sensations organiques avec l'appréhension d'y trouver du menaçant, de l'anormal. D'autre part, un accès mélancolique est survenu en 1921, il a apporté l'angoisse, l'humilité, le désir de mourir, et aussi quelques grimaces involontaires et gesticulations automatiques. C'est de l'amalgame de tous ces éléments que semble résulter le sentiment de n'être que la monstrueuse contrefaçon d'un être, à qui l'apaisement de la mort est refusé.

La période de délire continu a duré seize mois, du début d'août 1921 au 25 novembre 1922. Pendant cette longue durée ont persisté tous les caractères d'un délire mélancolique avec idées de négation et d'immortalité. Les seules péripiéties ont été le mutacisme, le refus d'aliments, le refus de se lever ou de laisser faire sa toilette. Un incident notable est une fugue de cinq jours pendant une des phases de moindre anxiété. En juillet 1922, la malade réussit à sortir dans la rue, en robe de chambre, nu-tête, et presque sans argent. Elle

suit un boulevard, elle arrive à une gare, elle pénètre sur les quais à l'aide d'un ticket, elle monte, sans billet, en surcharge dans un compartiment, elle descend à deux heures de Paris, elle passe la nuit sur la voie, elle se prépare à mourir, ôte son alliance et la dépose sous une pierre, au pied d'un poteau télégraphique, elle veut se faire écraser par un train ; puis elle y renonce, sachant que l'écrasement ne saurait la détruire ; elle reste errante sous la pluie, elle monte, toujours sans billet, dans un nouveau train, pensant revenir à Paris, mais c'est un train en sens opposé, il l'éloigne de deux heures encore ; elle réussit à échapper au contrôle, et la voici dans une grande ville ; elle achète des bas, elle reprend le train pour Paris, le bon cette fois, elle se faufile à la sortie, elle va à pieds chez son frère, qui la ramène. Elle n'a pas mangé depuis cinq jours, elle a toujours ses idées mélancoliques et ses idées de négation, mais elle ne les a exprimées à personne, elle ne s'est pas fait trop remarquer. Elle ne répond pas à nos questions. Ce n'est que plus tard, que nous avons pu reconstituer ce qu'elle fit pendant cette absence.

Délire mélancolique avec idées de négation et d'immortalité extrêmement actives, occupant le premier plan du tableau clinique ; péripéties et incidents ne présentant rien d'exceptionnel ; persistance de ce délire continu depuis seize mois : telle était la situation vers la fin de novembre 1922.

Un fait dont l'importance paraît être capitale est une suspension des règles, pendant quinze mois, coïncidant avec la période du délire continu. Nous reviendrons tout à l'heure sur ce point.

ANAMNÈSE ET PRODROMES

Sur les antécédents héréditaires, nous avons pu recueillir les renseignements suivants. La grand'mère maternelle est morte d'une cardiopathie. La mère, nerveuse, tuberculeuse, atteinte d'un érysipèle à rechutes, est morte alors que notre malade avait dix ans. Le père, psychopathe, alcoolique, est mort en maison de santé, alors que notre malade avait six ou sept ans. Le frère,

déséquilibré, fut, pendant la guerre, traité en asile pour une crise de mélancolie avec syphilophobie.

Voici maintenant les antécédents personnels. Notre malade est née à terme ; sa petite enfance fut normale. Elle était émotive à l'excès. A sept ou huit ans, comme elle revenait, un soir, de son cours, la bonne lui dit, par plaisanterie, que sa mère n'était pas rentrée : l'enfant fut bouleversée et eut un ictère émotif. — Rougeole à 10 ans. Délicatesse bronchique jusqu'à 15-16 ans. Formation à 13-14 ans.

A la mort de sa mère (10 ans), elle eut un chagrin profond, qu'elle n'osait manifester, car elle fut recueillie chez un oncle qui la glaçait d'effroi. Il habitait une grande maison, avec des écuries. Le soir, il allait au cercle, les domestiques se réunissaient dans la cuisine et la fillette, terrorisée, se trouvait seule dans cette immense demeure. On la mit dans un couvent de Bénédictines, où elle fit de bonne études et souffrit de l'internat.

A 24 ans, elle épousa un officier. Elle n'eut pas d'enfant. Douce et affectueuse à l'égard de son mari, ordonnée jusqu'à la méticulosité dans son ménage, serviable et scrupuleuse envers les amis, sensible aux misères, elle s'occupait beaucoup de bonnes œuvres. Elle n'avait pas de périodes dépressives non plus que de périodes expansives, mais les moindres incidents de sa santé, et souvent des incidents purement imaginaires, déchaînaient des crises de préoccupations hypocondriaques. Chacun de ses organes, tour à tour, eut son drame, ou son roman.

Ce fut l'intestin qui commença. Deux ou trois ans après son mariage, elle souffrait de coliques douloureuses, avec diarrhée, au moindre froid aux pieds, à la moindre contrariété. Elle fit deux saisons à Plombières et se fit prescrire un régime, dont elle ne s'est plus jamais départie.

Puis ce fut le tour de la glotte. Trois ans après son mariage, étant à Angers, un soir de grande chaleur, elle crut, en mangeant, sentir une piqure dans la gorge. Elle avait entendu raconter précédemment qu'une jeune fille, mangeant des confitures, avait été piquée

dans la gorge par une guêpe et en était morte. Elle pensa mourir de même. Elle étouffait, elle ne pouvait reprendre haleine. Pourtant, elle sortit, en quête d'un docteur. Elle fut étonnée de pouvoir marcher et respirer dans la rue. Le médecin la rassura, lui conseilla de boire une infusion chaude. Elle eut encore toutefois une ou deux petites crises d'étouffement, et après plusieurs années, les étouffements la reprenaient, plus légers, quand elle mangeait un aliment un peu fort, tel qu'un entremets au kirsch ou au rhum. Convaincue qu'elle « ne respirait pas comme tout le monde » et qu'elle risquait de « manquer d'air », elle ne voyageait que munie d'un flacon d'éther. Du reste, elle ne le respirait que rarement, il lui suffisait de le savoir dans sa poche.

Les yeux furent malades quatre ans après son mariage. Elle visita les châteaux de la Loire, à Pâques ; il y avait du vent, de la poussière. Elle eut une conjonctivite, suivie de dacryocystite. Elle eut à subir une série de sondages « atroces », lui donnant un ébranlement « épouvantable ». Cela dura six mois environ, durant lesquels elle était très préoccupée de ses yeux et de son nez.

Peu après, elle cessa de respirer par le nez. Elle s'adressa à un spécialiste, qui lui fit pendant un mois des pansements nasaux, puis qui enleva un bout de cornet. A partir de ce moment, elle s'est trouvée très souffrante. Elle était frappée de la quantité de sang que lui avait fait perdre cette intervention, elle se sentait faible. S'étant assoupie un jour après le déjeuner, elle se réveilla en sursaut, convaincue qu'elle avait 40° degré de fièvre, éprouvant « une sensation inouïe d'obstruction dans la tête », accompagnée d'une chaleur brûlante. Un médecin et un chirurgien appelés constatèrent que ce n'était rien, et que la narine était perméable.

Ce fut ensuite le tour de l'utérus. Notre malade n'eut jamais de grossesse. Il y a quelques années, elle se plaignait de sentir, en marchant, une lourdeur du bas-ventre. Elle se fit examiner par son médecin, puis par un gynécologue. Elle redoutait une opération. On

lui prescrivit seulement des lotions et des injections. Ces dernières lui parurent très douloureuses. Elle les prenait le matin, et disait ressentir des souffrances jusque dans l'après-midi.

Elle craignait aussi d'être frappée d'une maladie du cœur, comme sa grand'mère, ou d'une maladie mentale, comme son père et son frère. Vers 1915, au moment de la mort de sa belle-mère, elle souffrit de céphalées, elle ressentait une impression de vide dans la tête ; son crâne lui semblait être creux, comme s'il n'y avait rien dedans ; cela se calmait aux repas. Un jour, comme elle voulait fermer un rideau, le cordon de tirage se rompit, et elle eut l'impression que la secousse avait déterminé dans son cou une rupture.

Pour en finir avec l'anamnèse et les prodromes, il faut signaler l'état d'énervement où la mettaient les changements de résidence. Le ménage eut à changer cinq fois de garnison. Les premiers déplacements furent subits ; pour les autres, la date resta quelque temps incertaine. Elle était chaque fois bouleversée, ou sur un qui-vive insupportable, et très affectée d'avoir à quitter ses relations, à changer de milieu.

DÉBUT DE LA CRISE MENTALE

Le début de la crise mentale remonte à juin 1921 et coïncide précisément avec un déménagement. Le mari est nommé, avec avancement, dans une grande ville de l'Ouest. Parvenue à destination, notre malade est mécontente de la grande et belle maison qui leur est destinée. Elle trouve que tout est mal. Elle prévoit une installation insupportable, avec des ouvriers pendant des mois. Elle est nerveuse, agitée, elle a une insomnie totale pendant quelques nuits. Ses règles deviennent plus fréquentes, puis cessent totalement ; les dernières, avant la suspension de quinze mois, se sont terminées le 24 juillet 1921. Elle est constipée, elle fait des difficultés pour s'alimenter, elle pleure, elle est anxieuse.

Elle ressent alors une sorte de brisement intérieur, une rupture de tout en elle, « comme si des ficelles et des élastiques avaient cédé de partout ». Elle se

tord, elle souffre horriblement, sans pouvoir localiser ses souffrances. Elle est obligée de se plier, de contorsionner ses bras, ses jambes. Elle sent « des choses qui se rompent, qui se rétractent » dans ses membres, dans son bas-ventre. Alors s'exaspère l'impression ancienne d'une chute des organes, d'une descente des viscères vers le périnée. Ses dernières règles l'ont vidée de son sang. Son corps est aplati, sa tête ne tient plus. Elle sent que son visage se déforme, elle se regarde dans la glace, elle se trouve une mauvaise mine, les « yeux dilatés ». Un matin, ses jambes se mettent à se secouer involontairement, dans son lit. Elle n'a aucun appétit. Elle pense que tout cela est une crise de retour d'âge.

Alors se développent, sans encore s'extérioriser ni se formuler nettement, les premières ébauches des idées de négation, sous la forme d'*hypocondrie morale* et d'*héménégalation corporelle*.

L'hypocondrie morale est la négation des fonctions psychiques. Notre malade a l'impression de ne plus éprouver ce qu'elle éprouvait autrefois et que les autres éprouvent. Il lui semble qu'il y a comme un obstacle infranchissable qui la sépare des êtres. Elle n'a plus de sentiments et ressent le besoin d'en avoir. Autrefois, elle se dépensait pour les autres, elle se dévouait, elle aimait. Maintenant, elle est incapable d'aimer. Même la tristesse n'est plus la même. Ce n'est plus de la tristesse, « cela n'a plus de mot », c'est une terreur épouvantable. Elle est frappée d'une « paralysie complète » de la sensibilité et de la volonté. Son mari est malade, il est atteint de sinusite. Autrefois, elle se serait tourmentée. Maintenant, cela ne l'intéresse pas. Cette nomination, ce changement de résidence ont commencé par l'émouvoir, par la bouleverser. Maintenant, elle ne ressent plus rien, elle a une obtusion des émotions. Elle entend ce qui se dit et ne comprend pas, ou du moins ne ressent pas la tonalité affective. Cela n'est plus applicable à elle. Elle voit les choses, les appartements, les jardins. Mais cela n'a plus de signification affective, c'est indifférent, impersonnel et comme étranger.

Quant aux idées de négation corporelle, elles ne portent d'abord que sur un côté du corps, le droit. Son corps n'a jamais vécu que du côté gauche. Lorsque les médecins procédaient à un examen, c'est à droite qu'ils constataient des anomalies, à l'appendice, au foie. Longtemps elle a cru qu'elle avait un corps étranger dans le ventre, à droite. La main droite était plus faible, la hanche droite était moins développée. La première ébauche des idées de négation corporelle a consisté en une héménégation, inavouée, car, à cette époque, la malade garde cette conviction pour elle-même et ne l'exprime à personne.

Divers médecins, consultés, conseillent l'isolement. Elle présente à ce moment, c'est-à-dire à la fin de juillet 1921, les symptômes suivants :

Dépression, inertie, anxiété, insomnie, inappétence, refus d'aliments par intervalles, crainte d'être diffamée, de s'être compromise avec un prêtre, mutacisme, gémissements, cris, idées de suicide ; tentatives de strangulation, pour échapper à la folie, à l'internement perpétuel ; grimaces, contorsions, chutes, refus de marcher, ruades, morsures, déchirements de mouchoirs. Agitation anxieuse, elle ne peut rester en place ni rester seule ; elle a le besoin de la présence de quelqu'un, à qui elle puisse dire sans cesse ses souffrances et demander sans répit : « à quoi cela tient-il ? pourquoi ai-je ces troubles ? » C'est le tableau de la mélancolie anxieuse. Cet accès de mélancolie survenant chez une obsédée constitutionnelle, atteinte depuis l'enfance d'hyperémotivité et de préoccupations hypocondriaques, va tourner en quelques jours, environ une semaine, en un délire mélancolique des négations.

Pendant plusieurs jours, la situation demeure la même, le tableau est celui de la dépression mélancolique avec anxiété, préoccupations hypocondriaques, extravagances hystériformes. Les idées de négation, encore à l'état d'ébauche, ne sont pas exprimées.

Elle continue à s'observer dans la glace. Elle trouve que son visage se met à se resserrer, à se contracter, que ses yeux deviennent plus petits, que sa bouche

s'agrandit, puis diminue. Elle croit ne pas pouvoir se tenir sur ses jambes, elle se laisse tomber. Sur le plan du lit, elle se livre à des ruades vers le plafond. Elle est épouvantée par le danger d'être internée, persuadée qu'on va être obligé de prendre cette mesure, que ce sera à tout jamais, qu'elle ne reverra jamais sa liberté. Elle croit entendre des cris épouvantables, elle se croit entourée de malades effrayants. Une force invisible la pousse à se donner la mort, et elle se livre à diverses tentatives de strangulation, avec un mouchoir, avec une ceinture dérobée à une infirmière.

C'est à la suite de cette dernière tentative, assez sérieuse, de strangulation, que les idées de négation et d'immortalité, dès longtemps préparées, comme nous avons vu, mais non encore nettement formulées, se forment, entrent en scène brutalement, et occupent dès lors le premier plan. Une sorte de raisonnement logique semble avoir présidé à cette mise en formule. « Du moment que je n'ai pu m'étrangler, du moment que je n'en suis pas morte, c'est que je suis un phénomène qui ne peut pas mourir, je ne suis pas un être humain, je ne suis pas un être vivant, mais une lamentable contrefaçon. Je suis quelque chose d'incompréhensible, une chose qui n'est jamais arrivée et n'arrivera plus jamais. »

En même temps que l'idée d'immortalité achèvent de se formuler fort brusquement les idées de négation d'organes et de fonctions. Ce qu'elle avale lui paraît passer par une voie anormale, trop en arrière, trop en avant, ou sur les côtés du cou. Elle pense que cela se répand dans ses membres, ou du moins dans ce qu'autrefois elle a cru être des membres. Elle n'a pas d'estomac. Elle ne veut plus, elle ne peut plus manger. Si l'on veut lui mettre la sonde, cela ne pénétrera pas, et le repas liquide que l'on cherchera à introduire refluera, car son corps est bouché, en même temps que vide. Quand autrefois elle mangeait, ou croyait manger, la nourriture s'emmagasinaît dans une poche remplie de sang. Ce que l'on considérait comme son corps n'était qu'un sac rempli de sang. Plus tard, ce sang s'est écoulé sous forme de règles excessives,

le sac s'est vidé. Elle n'a plus maintenant de règles, parce qu'elle n'a plus de sang. Si l'on analysait son urine, on verrait que ce n'est pas de la véritable urine.

L'origine de ce détraquement général de son être, doit, selon elle, remonter à l'enfance. Elle a dû, en bas âge, avaler quelque chose de nuisible, un corps étranger, qui ne l'a pas tuée, mais s'est logé de façon à tout gêner, à tout transformer. Elle se rappelle qu'un jour on l'a laissé glisser dans une baignoire. Elle a pu aspirer de l'eau. Voilà peut-être pourquoi elle a toujours eu une respiration défectueuse, origine des plus redoutables métamorphoses.

PHASE D'INTERMITTENCE

Nous voici parvenus à la période la plus curieuse de ce délire des négations, qui est la période actuellement en cours, la période d'intermittence. L'intermission subite et brève d'un accès de mélancolie, simple ou délirante, est un phénomène assez commun. D'autre part, l'intermission prolongée, pendant plusieurs mois ou plusieurs années, est un phénomène banal et presque constant, car la mélancolie est une affection essentiellement intermittente, et il est naturel de considérer comme des intermissions les périodes, quelle qu'en soit la durée, qui séparent des accès successifs. Ce qui est beaucoup moins ordinaire, ce dont nous ne connaissons pas une seule relation détaillée, ce sont des intermissions franches, brèves, répétées à courts intervalles, au cours d'un délire mélancolique de négation et d'immortalité. Or c'est là le phénomène qu'il nous a été donné d'observer.

Le 25 novembre 1922, notre malade se réveille libre de toute trace de mélancolie, de toute idée de négation, de toute idée d'immortalité. Elle est transfigurée. Elle présente une physionomie nouvelle pour nous, une physionomie normale, et que son mari reconnaît pour sa physionomie normale. Le teint n'est plus blafard, mais coloré ; les traits ne sont plus tirés et immobiles, mais animés de jeux vivants, nuancés. L'expression est celle d'une douce satisfaction, d'une déli-

vance inespérée. Elle se contente de nous dire qu'elle est guérie, qu'elle va pouvoir bientôt retourner chez elle. Elle ne parle pas spontanément de son délire aboli. Elle accepte raisonnablement de prolonger son séjour pour confirmation. Interrogée sur son immortalité et ses négations, elle répond avec une honte légère, avec une parfaite conscience des situations, elle se rend compte de la grossièreté et de l'absurdité des erreurs malades qui l'ont dupée. Elle fait la narration de la fugue qu'elle fit, et pendant laquelle, se croyant indestructible, elle renonça à se faire écraser par un train. Nous consentons à une promenade d'épreuve en compagnie du mari. Il l'emmène au bois. Tout se passe d'abord le mieux du monde. Mais voici une tranchée, au fond de laquelle pioche un terrassier. Brusquement, tout le délire réapparaît. Il faut la mettre dans ce trou, du fond duquel, durant des siècles sans fin, elle assistera, pitoyable contrefaçon d'un être, à l'existence des véritables êtres. C'est dans cet état qu'elle est ramenée, plus délirante qu'elle ne le fut jamais, car, pour la première fois, elle affirme qu'elle n'est jamais née. (Cette affirmation n'a d'ailleurs plus réapparu par la suite). La nuit passe. Au matin, elle est de nouveau lucide, complètement dégagée. Elle ne s'explique pas la rechute de la veille. Elle compte bien en avoir fini cette fois. Dirigée par nos questions, elle fait un retour sur sa vie passée, elle retrouve avec nous, dans les préoccupations hypocondriaques qui empoisonnèrent sa jeunesse, les racines premières du délire abjuré. Elle dit les craintes vaines qu'elle éprouva avant et après son mariage, au sujet de son intestin, de ses yeux, de son utérus. Elle juge maintenant que cette contemplation de soi-même a fourni matière aux récentes aberrations. Questionnée sur son estomac, elle réagit avec saisissement, et change de ton pour répondre : « Mon estomac, je ne le sens pas, je ne l'ai jamais senti. — Qu'est-ce à dire ? demandons-nous ; seriez-vous de nouveau en disposition de nier que votre estomac existe ? — Non, dit-elle, je n'ai pas d'estomac, et je n'ai d'ailleurs aucun organe, aucun corps, sinon en contrefaçon, je ne suis

pas un être comme les autres, je ne suis qu'une chose qui ne périra pas, et qui s'agite, sans exister. » Nous la quittons en plein délire, à 10 h. du matin environ. A 14 h., nous la retrouvons raisonnable. Elle a déjeuné. Elle sourit. Elle s'excuse de s'être laissé reprendre. Nous lui parlons de choses et autres, elle répond avec lucidité. Au bout d'un quart d'heure, elle paraît fatiguée, énermée, et le délire, en bloc, réapparaît.

Depuis lors, ce délire de négations et d'immortalité s'est éclipsé et réinstallé un très grand nombre de fois, sans qu'il nous ait été possible de prévoir ni de régir les éclipses ni les retours. Cette malade n'est pas suggestionnable, et les tentatives pour ramener les idées délirantes n'ont pas mieux réussi que celles pour les chasser. Nous sommes réduits à l'observation passive. Et voici les quelques constatations que nous avons pu recueillir.

Dans le passage du non-délire au délire, et aussi, mais plus malaisément, dans le passage du délire au non-délire, nous avons surpris des états intermédiaires, des états de doute ou de demi-conviction, manifestés par l'expression hésitante de la physionomie et par des formules hypothétiques. Mais ces transitions nous ont généralement paru extrêmement rapides, la conviction catégorique, soit délirante, soit non-délirante, se substitue en quelques secondes. Toutefois, il y a des retours partiels, non intégraux, du délire, pendant lesquels la malade ne formule pas de négations, mais tâte sa tête et son corps, pour s'assurer s'ils existent, si elle sent.

Elle habite maintenant avec son mari, reçoit quelques visites, s'occupe de son intérieur, mène une existence normale, sauf des retours passagers du délire. Voici un passage de la dernière lettre reçue du mari : « Je suis heureux de vous annoncer que, dans l'ensemble, l'état de santé de ma femme se maintient satisfaisant, bien qu'elle ait eu samedi toute la journée et lundi dans la matinée un retour à ses idées d'éternité avec refus de se lever et de s'alimenter. Samedi, elle a consenti à prendre son dîner, qu'on lui a porté dans son lit, et lundi elle est venue d'elle-

même me rejoindre dans la salle à manger pour le déjeuner. Depuis, elle est tout à fait normale, elle m'a même dit qu'elle voulait guérir. Elle joue un peu de piano et se propose d'entreprendre un petit travail manuel... Tous ces jours-ci, elle se couche de bonne heure, se lève tard, reste une bonne partie de la journée sur une chaise longue, et nous faisons ensemble une promenade d'une heure environ. »

Il est à peine besoin de signaler que les intermissions ont été précédées, pendant la phase du délire continu, de rémissions. Car les rémissions sont un phénomène constant au cours de tous les délires continus, y compris les délires de négation. Pendant sa phase de délire continu, notre malade se montrait plus calme certains jours, et quelquefois durant plusieurs jours consécutifs. Sans abdiquer ses idées délirantes, elle recommençait à se lever, à se coiffer, à faire sa toilette, à manger ; elle cessait d'exprimer spontanément ses négations et son immortalité, et se prêtait à des conversations sur des sujets indifférents. Sa démarche demeurait inquiète, sa physionomie préoccupée, et si les idées délirantes étaient assoupies, elles restaient présentes et vivaces, car le moindre coup de sonde jeté dans leur direction, la moindre allusion les faisait tout aussitôt apparaître, sous une forme catégorique et nullement dubitative. Elles subsistaient à l'état de convictions intimes, nullement remises en question, mais que l'on enferme dans le for intérieur, que l'on préfère taire, garder pour soi seul. Cet état n'est pas de la réticence, c'est seulement la latence d'une conviction établie, latence rendue possible par l'apaisement de l'angoisse. En effet, à la moindre provocation, l'idée délirante latente se manifeste sans ambages, sans le moindre effort de contention ou de dissimulation. Le délire continu de notre malade fut parsemé de telles périodes de rémission ou de latence. Ces oscillations de l'énergie d'un délire mélancolique, avec ou sans idées de négation et d'immortalité, n'ont rien que de très ordinaire, et ne particularisent en rien notre malade. Toutefois, il est permis d'y voir les prodromes des intermissions, car

celles-ci supposent simplement des oscillations à un niveau plus bas, des oscillations descendant, si l'on peut dire, au-dessous du seuil où la conscience récupère ses contrôles, au-dessous du seuil de lucidité. Au bout de quelques heures ou de quelques jours, aussitôt que les fluctuations de la maladie ramènent une vague nouvelle d'angoisse, la malade sort de sa rémission ou de son intermission, elle se remet à gémir, à s'agiter, à refuser les aliments, à exprimer d'elle-même à tout venant ses négations et son éternité.

Quelle que soit la valeur de l'explication psychologique que nous venons d'esquisser et de proposer, un fait physiologique la domine et semble la conditionner, sans que nous soyons en mesure de saisir clairement le rapport qui unit les deux termes. Ce fait capital, nous l'avons dès le début signalé, c'est le retour des règles. Il importe de préciser les dates. Le délire continu a coïncidé avec la suspension de la fonction ovarienne, et a survécu un mois au rétablissement de la fonction ovarienne. En effet, les dernières règles avant la suspension se sont terminées le 24 juillet 1921. Simplement déprimée et préoccupée jusqu'alors, la malade est tout aussitôt entrée dans la mélancolie aiguë caractérisée, et a dû être isolée, le 26 juillet 1921, deux jours près la cessation des règles. Depuis lors, jusqu'au 25 octobre 1922, c'est-à-dire durant quinze mois consécutifs, les règles n'ont pas réapparu, et la médication ovarienne qui a été appliquée est demeurée sans efficacité. Pendant la même période de quinze mois, la malade est restée à l'état de délire mélancolique continu, seulement parsemé de petites rémissions ou latences, et c'est pendant une de ces latences qu'elle fit la fugue que nous avons relatée. Les règles réapparurent le 25 octobre 1922, mais le délire continu dura exactement un mois encore, jusqu'au 25 novembre 1922, date de la première intermission. Cette première intermission précède de quelques jours les secondes règles après le rétablissement de la fonction menstruelle, et qui durèrent du 1^{er} au 8 décembre 1922. Non seulement les premières règles réapparues ne s'accompagnèrent pas d'un apaisement

du délire, mais, tout au contraire, elles s'accompagnèrent d'une recrudescence de l'angoisse et du délire. Il fallut user de la camisole. Ce sang n'était pas du sang, nous n'avions qu'à en faire l'analyse et nous serions épouvantés. Ce n'était qu'un écoulement de pourriture. La malade n'était pas une femme, elle n'avait jamais été une femme, il fallait ouvrir ce que nous prenions pour son ventre, il fallait la couper en morceaux, et nous verrions des phénomènes inconcevables. Il fallait la mettre en terre, dans un trou, palpitante, non vivante, éternelle.

En résumé : apparition d'un délire mélancolique de négation et d'éternité, sans idées d'énormité, au moment d'une suspension des règles, unique dans la vie de cette malade ; délire continu, avec les rémissions ou latences ordinaires, pendant toute la durée de la suspension des règles (quinze mois), et un mois en outre au delà ; première intermission, franche et totale, du délire quelques jours avant les secondes règles réapparues ; depuis lors, prédominance de l'état d'intermission, entrecoupé par des retours imprévisibles, subits, brutaux, globaux, brefs, fréquents du délire de négation et d'immortalité.



Tout en affirmant la gravité du pronostic du délire hypocondriaque avec idées de négation et d'immortalité, Cotard admettait des guérisons exceptionnelles. Dans son mémoire « Du délire hypocondriaque dans une forme grave de mélancolie anxieuse », lu à la *Société Médico-Psychologique* le 28 juin 1880, il remarque que Krafft-Ebing cite deux cas de guérison, et qu'on en trouve un dans Leuret. — Dans son mémoire « Du délire des négations » (*Arch. de Neurol.*, 1882), il rattache le délire des négations aux vésanies intermittentes, et l'oppose au délire des persécutions, rémittent, continu avec paroxysmes. La maladie des négateurs peut donc, selon Cotard, guérir. « Quand elle guérit, la guérison est brusque, comme le début ; le voile se déchire et le malade se réveille comme d'un

rêve. » Et il ajoute : « Mais la maladie est sujette à des retours, à des intervalles plus ou moins éloignés et prend le caractère des vésanies intermittentes. Ce caractère intermittent se manifeste quelquefois, même dans des cas incurables, par des réveils de courte durée et où il semble que le malade ait recouvré sa lucidité tout entière. » Toutes ces remarques de Cotard s'appliquent à notre malade, non moins, peut-être, que la suivante : « Si le délire des négations paraît se rattacher, dans bien des cas, aux vésanies intermittentes, je dois ajouter qu'il n'est pas rare de le voir se développer sur un fonds hystérique. » (1).

Notre malade rappelle et illustre ces idées de Cotard, et c'est pourquoi nous signalons à la Société Médico-Psychologique ce cas typique d'intermittence du délire mélancolique des négations en insistant sur la fréquence remarquable des éclipses, et sur l'apparente liaison entre les phases de la maladie et les fluctuations de la fonction ovarienne.

DISCUSSION

M. Ach. DELMAS. — A propos des intermissions que vient de nous décrire M. Revault d'Allonnes, je voudrais lui demander si la malade n'avait pas, dans ces intermissions, un certain degré d'euphorie et d'excitation qui puisse éveiller l'idée d'une sorte de circularisme.

M. CHASLIN. — En présence de cette abolition des réflexes rotuliens, a-t-il été procédé à un examen du sang ? La réaction de Wassermann aurait pu donner des renseignements. Les formes de syphilis cérébrale anormale sont fréquentes. Quel était l'état des réflexes pupillaires ?

M. René CHARPENTIER. — En présence de cette absence des seuls réflexes rotuliens, on doit penser aussi au diabète et M. Revault d'Allonnes nous confirmera sans doute l'absence de glycosurie.

(1) Cotard emploie le mot « hystérie » au sens ancien d'extravagance et d'hyperémotivité ; le terme s'applique, en ce sens, à notre malade, qui, par ailleurs, n'a pas les symptômes du pithiatisme.

M. Pierre KAHN. — Il eût été intéressant chez cette malade de faire une ponction lombaire pour rechercher s'il n'existait pas une cause médullaire ou méningée à l'absence des réflexes rotuliens.

D'autre part, la coïncidence de l'absence des règles et de ce délire de négation débutant par une période d'anxiété est à retenir. C'est un élément de plus qui pourra peut-être un jour contribuer à élucider le rapport entre les troubles fonctionnels ovariens d'une part et des troubles psychiques d'autre part — rapport dont on trouvera peut-être la cause dans une lésion du système sympathique retentissant à la fois sur les sécrétions internes et sur la fonction affective et cœnestopathique du cerveau.

M. TRUELLE. — Il serait assurément intéressant de pouvoir trouver une base organique à ces modifications brusques de l'état mental ; mais la chose paraît assez difficile. Pour ce qui concerne l'influence de la fonction menstruelle, sur laquelle vient d'insister M. Kahn, je rappellerai que j'ai eu l'occasion d'observer une malade superposable à celle de M. Revault d'Allonnes, qui, elle, avait dépassé 60 ans, et chez qui, par conséquent, il ne pouvait être question d'un rôle ovarien quelconque. Chez ma malade aussi, mélancolique anxieuse négative, se produisaient brusquement des intermissions complètes avec correction spontanée du délire, sans aucun symptôme d'excitation intellectuelle. Ces intermissions duraient deux, trois, quatre jours, puis, brusquement aussi, le délire reparaisait sous la forme exacte où il était auparavant.

M. REVAULT D'ALLONNES. — Dans ses intermissions, notre malade ne semble pas excitée, même légèrement ; elle est chaque fois satisfaite d'être « guérie » ; mais ni dans son présent, ni dans son passé, elle n'est une cyclothymique. Et ceci est d'accord avec l'opinion de Cotard, selon qui les négateurs ont pour fonds mental, non les alternances de la folie à double forme, mais une affectivité délicate, sociable, compatissante et parfois « hystérique ».

La ponction lombaire n'a pas été pratiquée, non plus que l'examen du sang. Cette malade a tous les

autres réflexes normaux, y compris les pupillaires, elle n'a pas de troubles du langage, elle n'a pas d'affaiblissement, fût-ce léger, des fonctions intellectuelles, pas d'indifférence affective, aucun signe de Paralyse Générale, ni aucun symptôme clinique de syphilis. Elle ne présente pas non plus de glycosurie.

En relisant Cotard à travers ce cas, on a l'impression nette, quoiqu'il n'en rapporte pas d'observation détaillée, qu'il a vu des intermissions au cours du délire des négations, car il le rapproche des vésanies intermittentes. Il semble toutefois qu'il n'ait pas observé d'intermissions aussi brèves et répétées (1).

Une psychose passionnelle

Par M. MIGNARD

Au mois d'octobre dernier, j'ai eu l'occasion d'examiner un jeune malade conduit par son père. Le jeune malade paraissait sombre et irritable ; le père timide et inquiet. Ils expliquèrent que le jeune homme, âgé de dix-neuf ans, éprouvait certains phénomènes, contre lesquels ils demandaient une aide thérapeutique. Les troubles accusés, au cours de cette première visite, se réduisaient, en somme, à des hallucinations visuelles et auditives.

Le jeune Charles R... les décrivait sans difficulté. Ce qu'il appelait ses visions, — et même parfois ses hallucinations, — survenait souvent quand il entrait dans une pièce avec quelque brusquerie. Un instant, il lui semblait voir chaises et fauteuils occupés par des personnages qu'un examen plus attentif révélait inexistants. Sous un effort d'attention, en effet, la vision disparaissait ; et le malade se rendait compte, mais alors seulement, de sa nature pathologique.

(1) Depuis cette communication, nous axons suivi et revu la malade. Elle reste guérie, avec des retours de plus en plus espacés, brefs, partiels du délire. Les réflexes rotuliens ont réapparu, mais sont faibles (fin février 1923). Les règles sont normales. L'intelligence est vive, fine, les manières sont aisées, discrètes, distinguées.

Il pourrait s'agir là d'illusions seulement ; mais voici des hallucinations certaines. Parfois, dans la rue, il arrivait que Charles croyait voir derrière lui comme une forme ou des formes vagues. Il lui semblait alors que des personnes le suivaient. Sur ce point, le malade est tout à fait précis. Ce n'était pas un simple sentiment, ni quelque impression tactile, auditive ou musculaire. « Je voyais bien ces formes, d'ailleurs confuses ; et, chose curieuse, je les voyais derrière moi, comme si j'avais eu des yeux à la nuque. » Il se retournait alors, pour préciser et vérifier la vision, qui disparaissait aussitôt, avec la conviction délirante qui l'avait un moment accompagnée. Charles accuse aussi des hallucinations auditives. Parfois, surtout quand il est ému, il entend à ses oreilles une sorte de murmure, dans lequel il distingue des paroles. S'il porte alors assez rapidement son attention sur le phénomène, il se rend compte que les paroles murmurées ne sont que « l'écho de sa pensée ». Mais si la réflexion ne vient pas assez vite, il croit un moment que ces paroles ont été prononcées réellement auprès de lui. Et la vraie nature de l'hallucination subie n'est reconnue, dans ce cas, que quelque temps après sa disparition.

Sur les antécédents, personnels et héréditaires, nous eûmes peu de renseignements ce jour-là. Le malade admit cependant qu'il avait, pendant les vacances, été conduit à faire quelques excès de boisson à un âge où, généralement, les enfants ne prennent pas d'alcool. Maintenant, il était sobre. Et lorsque son père voulut faire allusion à certain événement qui l'avait impressionné, à des sévices dont il avait été victime, le jeune homme l'interrompit brusquement, et déclara que cela n'avait aucun intérêt, sur un tel ton qu'il coupait court à toute explication ultérieure. Il voulut bien, toutefois, accepter quelques conseils thérapeutiques et psychothérapiques, d'hygiène mentale et physique, et partit entraînant son père, qui paraissait le redouter fort.

Au mois de décembre, Charles R... revenait seul et déclarait se sentir beaucoup mieux. Les hallucina-

tions, les visuelles surtout, avaient à peu près disparu, et, pour elles comme pour les auditives, la notion du caractère pathologique de ces représentations objectivées se produisait maintenant beaucoup plus vite. Le jeune malade venait nous demander avis au sujet d'une reprise de ses études secondaires, qu'il avait abandonnées depuis trois ans, tandis qu'il était sur le point d'entrer dans la classe de philosophie. Il restait, cependant, toujours réticent sur nombre de questions bien obscures encore.

La semaine suivante, la mère de Charles venait nous trouver à son tour, et manifestait une grande inquiétude au sujet de l'état mental de son fils. Certes, les hallucinations semblaient bien réellement en régression. Mais il n'en était pas de même, malheureusement, pour ce qu'elle appelait « les mauvaises idées ». Et voici quel fut son récit :

Il n'existerait, à sa connaissance, aucun antécédent héréditaire de quelque importance au point de vue psychopathique. Elle reconnaît seulement qu'elle est elle-même « un peu nerveuse », ainsi du reste que son mari. Il ne semble pas douteux que l'un et l'autre manquent surtout de volonté, et qu'en tout cas ils n'ont pas su donner à leur fils une éducation correcte. Celui-ci a toujours, semble-t-il, fait à peu près ce qu'il a voulu. La mère confirme le fait que, pendant les vacances, il aimait aller travailler avec des cultivateurs, qui parfois lui donnaient à prendre du vin en trop grande quantité, quelquefois même des liqueurs. Pendant le reste de l'année, l'enfant ayant manifesté un goût très vif pour les représentations cinématographiques, il y assistait trois fois par semaine, et cela depuis l'âge de dix ans jusqu'en ces temps dernier. Entre les séances, il s'exaltait à la lecture des « romans-cinéma » et, plus récemment, s'était mis à lire, sans mesure et avec un enthousiasme croissant, des romans passionnels et romanesques, tous livres d'amour et d'aventures. Souvent il parlait à sa mère de ces histoires qui le transportaient, et elle n'osait tenter de réfréner son exaltation grandissante. Par moments, dit-elle, et sans doute le plus sou-

vent, il vivait une sorte de rêve à côté de la vie de tous les jours.

Il y a trois ans, pendant les vacances, il a beaucoup conversé avec une jeune fille qui prenait, elle aussi, quelque repos à la campagne. Mme R... ignore à peu près les sujets de leurs entretiens. Elle pense, en tout cas, que leurs relations sont restées très platoniques ; et il ne semble pas que cette jeune personne ait joué d'autre rôle, dans l'affaire, que celui d'héroïne de roman. Toujours est-il que, sitôt rentré à Paris, Charles est allé voir certaines gens, qu'il disait parents éloignés de la jeune fille. Il devait, a-t-il dit, leur reprocher des mauvaises actions, commises à l'égard de cette dernière et les exhorter à la mieux traiter à l'avenir. Ce que la mère peut affirmer, c'est que les remontrances de Charles ont obtenu comme réponse des injures et des coups, qu'il a été remis, contusionné, entre les mains d'un agent de police et, de cette manière, reconduit à la maison.

De longs mois après cette mésaventure, le chagrin qu'il en avait ressenti ne semblait pas se dissiper. Charles ne travaillait plus. Et à sa mère qui lui demandait les raisons d'une inactivité presque complète il répondait à peu près ceci : « Je ne peux pas. C'est plus fort que moi. Il faut que toujours je pense à cette affaire. Je ne pourrai travailler que lorsque je l'aurai réglée. » Il exposait alors un projet où l'on reconnaît sans peine les fruits de l'imagination nourrie de certains épisodes familiers aux spectateurs des séances cinématographiques populaires. Il comptait, en effet, trouver un « détective » qui, déguisé, travaillerait dans l'entourage de ses ennemis, jusqu'à ce qu'il puisse savoir, en les écoutant parler, quels étaient vraiment les responsables des violences. Ceux-ci connus, il pensait les enlever en automobile. « Tu suivrais dans une autre auto, déclarait-il à sa mère. Nous arriverions dans un bois aux environs de Paris. Là, n'aie pas peur, je ne leur ferai rien d'autre que cela même qu'ils m'ont fait. Puis je les laisserai partir. Et ensuite je pourrai travailler. » C'est plus tard, et graduellement, que se sont développées les hallu-

cinations visuelles et auditives accusées par le sujet lui-même. Un détail intéressant : Charles a confié à sa mère quel est le mot que, le plus souvent, il entend murmurer au cours de ses hallucinations auditives. C'est le mot : « Frappé ! », et l'on y reconnaît sans peine l'écho, selon l'expression du malade, de ses obsédantes pensées.

Le jeune homme, revu quelques jours après, confirma, non sans réticences, un certain nombre des faits racontés par sa mère. Il nous dit même que les personnages représentés par ses illusions ou ses hallucinations de la vue étaient bien, sans doute, ses anciens agresseurs. Il déclare, du reste, qu'il ne veut plus penser à ces choses, et poursuit l'unique but de se guérir et de reprendre ses études, « pour le moment », ajoute-t-il.

Lorsque l'on se pose le problème de l'origine de pareils troubles, diverses notions étiologiques se présentent à l'esprit. On peut d'abord penser à quelque prédisposition. Nul ne développe, sans doute, que ce qu'il peut développer, du fait de ses données antérieures. Mais la prédisposition héréditaire reste ici bien vague, à notre connaissance. Aucun ascendant n'aurait subi l'atteinte de graves psychopathies. Le père et la mère sont d'un tempérament impressionnable et faibles de volonté. Nombre de sujets normaux ont une hérédité bien autrement chargée. D'autre part, nous ne trouvons, chez le malade étudié, aucun important stigmate de dégénérescence.

Il faut noter, comme un facteur de réelle importance, l'intoxication alcoolique, subie dès l'enfance au cours des périodes de vacances. Mais nous devons aussi considérer que, par contre, et sans doute en raison d'une réaction volontaire, Charles est très sobre depuis de longs mois. Les perturbations causées par l'intoxication ancienne peuvent avoir facilité l'objectivation hallucinatoire (surtout visuelle) des représentations obsédantes. Néanmoins, il faut remarquer que ces hallucinations se sont développées au moment où déjà Charles R... avait supprimé, depuis plus d'une année déjà, les mauvaises habitudes de boisson. Enfin,

il existe dans l'ensemble des accidents une orientation affective trop constante, une trop grande tendance à la systématisation pour que l'on puisse rattacher tout le syndrome à l'étiologie exotoxique.

Pour rendre compte de ces derniers caractères, il semble que l'on doive, — au moins pour une très grande part, — se reporter à la considération de facteurs psychologiques, de ce qu'autrefois l'on nommait chez nous : causes morales de l'aliénation.

Il est vrai que, pendant la fin du siècle dernier et le commencement du présent une telle étiologie ne fut guère reconnue. L'on ne cessait de proclamer l'influence des fonctions organiques sur les fonctions mentales en psychopathologie ; mais, en général, l'on méconnaissait d'une façon presque systématique l'influence inverse, et l'on négligeait le rôle pathogénique de certains états psychologiques. Ce point de vue, hostile à la psychologie, ne s'accorde pas mieux, à vrai dire, avec la physiologie bien comprise. A la suite des expériences de Pawlow, les spécialistes des maladies des voies digestives attachent souvent une grande valeur à l'influence du psychisme dans la genèse des troubles gastriques et intestinaux. On commence à mieux connaître, dans le système sympathique et les glandes endocrines, impressionnées elles-mêmes par les systèmes nerveux, les intermédiaires de son action sur divers processus splanchniques. Il serait vraiment étrange que cette influence fût sans effet sur la genèse des troubles mentaux.

La cruelle expérience de la guerre a du reste montré, jusqu'à l'évidence, le très important rôle psychopathogénique que jouent certaines situations psychologiques prolongées, telles que l'attente anxieuse. Plus encore, sans doute, que l'émotion-choc, dont les effets, plus immédiats, sont souvent aussi plus fugaces, elles se sont révélées capables de déterminer des psychoses.

Aussi bien, à ce point de vue, la situation n'est-elle plus la même qu'aux environs de l'année 1900. L'on voit maintenant d'assez nombreux psychiatres admettre l'origine mentale de certaines psychopathies. Seulement, sous l'influence des doctrines freudiennes, la

plupart ne reconnaissent cette étiologie qu'à la condition de trouver en elle un caractère avant tout sexuel.

C'est une bien grande exagération.

Certes, l'appétit sexuel, — comme la faim et la soif — et peut-être surtout l'imagination sexuelle prennent dans certaines mentalités une importance considérable, et peuvent, de ce fait, déterminer des troubles. Mais la peur, mais la colère, — pour ne citer que deux des plus formidables passions, — occupent aussi leur place dans la vie psychologique et peuvent la troubler fortement.

En ce qui concerne la peur, je rappellerai seulement une observation présentée l'année dernière devant notre Société. Il s'agissait d'un délire simplement déclenché par l'influence d'une intoxication alcoolique épisodique, mais dont un sentiment d'effroi dès l'enfance avait préparé le thème, et que les terreurs de la guerre avaient lentement élaboré.

Dans l'observation de Charles R..., c'est une autre passion, la colère, que nous voyons à l'œuvre dans son rôle psychopathogénique. Mais si cette passion fut ici déchainée par un choc émotionnel sur lequel nous reviendrons bientôt, tout ce déclenchement était préparé de longue date par de mauvaises habitudes mentales que nous devons maintenant étudier.

Dès l'âge de dix ans, Charles avait subi l'étrange et funeste culture d'une grossière imagination émotionnelle affranchie de toute bonne discipline mentale. Il s'exaltait, trois fois par semaine environ, au spectacle des scènes romanesques qu'exhibait le cinématographe populaire et, dans l'intervalle des représentations, il entretenait cette exaltation excessive par la lecture de récits spécialement adaptés. Pour qui connaît l'habituelle qualité de ces explications, et des spectacles qu'elles interprètent, nul doute que la mauvaise éducation produite par l'abus qui en était fait tendait à développer un déséquilibre des fonctions mentales, par la prédominance, quotidiennement entretenue et augmentée, de la brutale émotion et de l'imagination effrénée sur les sentiments plus délicats et les idées mieux établies qui doivent normalement les contrôler.

Ainsi se constitue l'état de passion dans lequel le sujet soumet sa maîtrise consciente à l'entraînante et croissante influence de certaines violentes réactions organo-psychiques qu'elle devrait, au contraire, discipliner et diriger. Ce processus, suffisamment prolongé et progressivement aggravé, doit, forcément, aboutir à un état d'aliénation mentale, qui ne diffère de l'état passionnel que par sa constance et son degré.

Charles était arrivé, — il l'avoue, comme le reconnaît sa mère, — à vivre à côté de la vie réelle une existence fictive, dans laquelle il tenait des rôles de héros de mauvais romans. A ce prix il pouvait accepter de poursuivre — avec quelques succès médiocres — ses études secondaires jusqu'à la classe de première. Mais à ce moment, par malheur, et pendant les vacances passées à la campagne, il eut la fâcheuse pensée de vouloir faire coïncider ces deux modes d'activité mentale : l'imaginaire et le réel.

La jeune fille qui lui a parlé l'a-t-elle intéressé par elle-même ? Il semble surtout qu'elle lui ait permis de jouer le rôle qu'il désirait. Nous savons, malgré ses réticences, que c'est en redresseur de torts qu'il s'est présenté chez des parents lointains de cette personne. Ici se place la brusque scène des injures et des coups, coups physiques, il est vrai, mais surtout traumatisme psychologique (selon l'expression adoptée de nos jours) qui, s'il n'eut rien de sexuel, n'en détermina pas moins une perturbation profonde dans l'état passionnel du sujet.

A partir de ce moment, en effet, Charles R... est non seulement humilié et irrité, mais encore étrangement désadapté du mode d'activité qu'il a pris depuis si longtemps l'habitude de poursuivre. Il ne s'attachait à la vie réelle qu'à la condition de la doubler, en quelque sorte, d'une existence de roman qui lui est maintenant interdite, car tous ses essais dans cet ordre aboutiront forcément à lui rappeler sa mésaventure et susciter le désir de vengeance. Ainsi cesse tout travail suivi ; et Charles en vient à laisser aller à chaque instant sa pensée vers le seul exercice mental qui lui soit vraiment agréable et facile : l'imagi-

nation de la vengeance selon les règles des fictions romanesques qui lui sont habituelles. De la sorte s'installe l'obsession ; puis les hallucinations traduisent l'orientation constante de l'esprit vers la représentation des adversaires détestés, à la fois redoutés et haïs, et l'écho laissé dans la pensée par le souvenir de l'outrage.

Je sais bien qu'il serait possible, au point de vue psychologique, d'esquisser une autre interprétation. On pourrait, par certains côtés, rattacher l'attitude mentale de Charles à cette schizoïdie dont M. Minkowski nous a récemment parlé de façon si intéressante. Charles, en effet, est réticent. Depuis de longs mois, il se désintéresse de tout travail. Il se détache de tout ce qui ne s'accorde pas avec ses romanesques imaginations. Mais, par contre, nous devons remarquer qu'il poursuit ardemment dans le monde extérieur ce qui peut nourrir sa passion, et, sur ces points particuliers — sur ceux-là seulement — se conduit plutôt selon le mode de pensée décrit sous le nom de syntonie. Le goût très vif de Charles pour le cinématographe ; sa lecture enthousiaste de certains romans, l'ardeur qu'il a déployée dans ses conversations avec la jeune fille et l'entrevue avec ses ennemis, tout cela nous montre qu'il sait répondre à certaines incitations du dehors, pourvu qu'elles soient susceptibles d'entrer en rapport avec certains états affectifs. Aussi bien pensons-nous qu'en outre des deux grands types psychologiques étudiés par l'école de Zurich, il faudrait en admettre au moins un troisième : le type passionnel, caractérisé, celui-là, par l'électivité de ses accords et de ses discordances suivant une intense orientation affective. Et tandis que la démence précoce serait l'extrême expression pathologique de la mentalité schizoïdienne, et que, peut-être, la psychose maniaque dépressive aurait, en effet, d'importantes correspondances dans le tempérament syntonique, la psychologie passionnelle trouverait son épanouissement morbide dans le délire systématisé. Et, pour en revenir à notre sujet, il peut sembler, en effet, que si l'évolution des troubles mentaux qu'il présente devait,

après l'amélioration actuelle, reprendre une marche progressive, c'est bien un délire systématisé chronique de persécution qu'il serait appelé à réaliser.

DISCUSSION

M. G.-G. de CLÉRAMBAULT. — Le titre de Délire Passionnel ne me paraît guère convenir à cette observation. Je n'y vois ni l'amour ni la rancune portés à un degré passionnel. J'y vois un Délire Imaginatif, basé sur une rumination à point de départ *apparemment* émotionnel, avec appoint seulement affectif dans la suite. Le sujet se plaît à se figurer des scènes actives où sa rancune serait satisfaite ; mais tous les délires utilisent des sentiments. Les mécanismes dominateurs sont ici la rumination et le travail imaginatif. Si ce délire donne lieu un jour ou l'autre à un épisode véhément, l'épisode en question pourra mériter le nom de passionnel, sans que *tout* le délire soit passionnel : tel est le cas des phases de revendication se manifestant au cours d'un délire de persécution banal.

La Passion est essentiellement une émotion intense, prolongée, sthénique, et tendant à passer aux actes. Elle peut être sthénique soit directement (amour, goût du jeu, etc.) soit indirectement (jalousie, colère). Tel est le sens littéraire et aussi les sens vulgaires du mot passion. J'ai employé ce mot dans le même sens en créant la rubrique des *Délires Passionnels*.

Un trait fondamental des Délires Passionnels, c'est l'Effort : la volonté entre en jeu dès le premier moment, et tous les caractères ultérieurs du délire (précision du début, extension polarisée, graphorrhée, initiatives, etc.) sont en relation avec ce trait initial et constant, l'Effort.

Le terme Passion implique un état affectif d'intensité et de forme données. Je ne trouve ici ni l'intensité ni la forme. Si le cas actuel est passionnel, le terme « passionnel » va devenir synonyme de « affectif » ; un paranoïaque, un persécuté passif, un persécuté actif, un persécuteur, seront tous appelés des Passionnels, alors que le Persécuteur est seul un Passionnel.

Le malade de M. Mignard semble avoir été, au début, tout au plus un sentimental, et sa rancune actuelle ne sort pas des limites du sentiment ; c'est pourquoi elle se satisfait dans un domaine imaginaire. — Je le classerais, jusqu'à plus ample informé, parmi les Délirants Imaginatifs ; cela d'ailleurs sans préjuger des causes profondes de la Psychose. Le fait des Hallucinations doit présenter une importance ; j'ai peine à les croire psychogènes ; elles jettent un doute sur le substratum du délire. Il en est de même de la marche paroxystique. Il faudrait pouvoir observer ce malade dans un Asile, et le revoir dans quelques années.

M. MIGNARD. — Je ne puis souscrire à la définition, trop étroite, me semble-t-il, que donne M. de Clérambault de l'état passionnel. La notion d'hypersthénie ne le définit pas plus quelle celle d'hyposthénie. Comme l'indique l'étymologie, la passion est caractérisée par l'état passif de la volonté, que l'affectivité domine. L'érotomanie de M. de Clérambault n'est qu'une partie des états passionnels ; ces états, très variés, sont loin d'être calqués sur le même modèle. Quant à notre sujet, ce n'est pas un déprimé, un mélancolique, mais un violent réticent, qui rêve de vengeance. Le sentiment dominant chez lui, c'est la colère.

M. G.-G. DE CLÉRAMBAULT. — Le présentateur confirme ma critique. Il vient d'employer le mot *Passion* dans le sens d'affectivité en général. Dans son *Traité des Passions de l'Âme* (1649), Descartes comprend parmi les passions les représentations ou perceptions de l'âme (*sic*) des émotions comme la peur et des sentiments comme la lâcheté. Cette acception du mot, bien que conforme à l'étymologie, ne s'est pas maintenue ; le mot « passion » et le mot « passif » ont actuellement des sens constamment opposés, ou qui ne peuvent être qu'exceptionnellement conciliables. Sur le sens du mot « Passion » la littérature, la langue vulgaire et le langage psychiatrique sont d'accord jusqu'à aujourd'hui : pourquoi troubler une harmonie si favorable à la clarté ?

Je ne refuse pas au malade l'épithète de *Passionnel* parce qu'il fut modéré en amour, mais parce qu'il

l'est dans sa rancune, et que je ne suis pas certain de voir dans le domaine affectif la source principale du délire. — Loin de restreindre au domaine amoureux le vocable de « passionnel », j'ai étendu ses applications. — En février 1921, j'ai publié, dans le *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, un article intitulé « *Les Délires Passionnels : Erotomanie, Revendication, Jalousie* ». Cet article commençait ainsi : « Le Délire Erotomane est un Syndrome Passionnel Morbide ; ce n'est pas un Délire Interprétatif. Il y a lieu de réunir ce syndrome aux délires de revendication et aux délires de jalousie, sous la rubrique *Délires Passionnels Morbides*. »

C'était la première fois, à ma connaissance, que le Mécanisme Passionnel était donné comme le générateur commun de psychoses diverses, que l'épithète de Passionnel apparaissait comme terme classificateur, et que les trois délires susdits étaient groupés.

Dans mon esprit le mot revendication a le sens le plus étendu : il comprend toutes les formes de protestation ou de vindication possibles. Récemment encore (21 sept. 1922) dans un Certificat aux fins de placement, je qualifiais de « Délire Passionnel Spécial » un cas d'inquiétude maternelle avec jalousie toute morale, se traduisant par des suppositions, des réclamations et des poursuites absurdes. Loin de méconnaître l'aire d'extension de la pathogénèse passionnelle, je crois l'avoir indiquée le premier. Avant mes exposés de 1920 et 1921 (Société Clinique de Médecine Mentale) la rubrique « Délires Passionnels » n'existait pas, le groupement qu'englobe cette rubrique n'existait pas ; et l'on m'a contesté l'origine passionnelle de l'Erotomanie elle-même.

La formule « *Délires Passionnels* » contient implicitement toute une théorie concernant la pathogénie et la classification de certains délires. Cette formule et cette théorie semblent actuellement tendre à entrer dans le domaine commun, et j'enregistre l'adhésion de M. Mignard.

M. MIGNARD. — Le facteur érotique n'est, à mon avis, pour rien dans l'histoire du malade étudié, ni

dans la genèse de ses troubles. Une certaine littérature contemporaine fait un tel usage du mot « passionnel » que la passion sexuelle semble la seule existante. Une telle conception, si elle ne répond pas au bon langage classique, ne paraît pas correspondre non plus à la bonne psychologie, fût-elle très moderne. Je sais que tel n'est pas, sans doute, le point de vue de M. de Clérambault ; néanmoins sa définition des caractères passionnels se ressent de la prévalence pratiquement accordée à l'érotomanie. Quant au malade, étudié, je répète qu'il n'est précisément pas un hyposthénique. Il réagit, non en mélancolique, mais en persécuté.

**Un fond mental commun à la base
des hallucinations lilliputiennes
Essai de synthèse de trois observations**

Par MM. BOUYER, médecin-chef, et PERRET,
interne, à l'Asile de Grenoble

Depuis une dizaine de mois nous avons systématiquement recherché les hallucinations lilliputiennes dans notre service à l'Asile de St-Robert, qui comprend environ 800 femmes. Deux seuls cas indiscutables furent découverts. D'autre part, M. le D^r Briche nous signalait l'existence du syndrome chez un homme de son service. Sur ces 3 observations, chacun de nous en publia une avec les conclusions spéciales qui en découlaient ; la troisième demeure inédite.

Il nous a semblé intéressant de grouper ces diverses manifestations du même phénomène, pour tenter, si possible, un rapprochement et une synthèse. Les hallucinations lilliputiennes font en effet partie dès maintenant de la séméiologie mentale, mais certains chapitres de la question, notamment au point de vue pathogénique, demeurent à l'ordre du jour. Nous commencerons par exposer brièvement chaque tableau clinique observé.

OBS. I (1). — Mlle B... Il s'agit de troubles mentaux à manifestations intermittentes avec appoint alcoolique éventuel et présentés sous le nom de psychose de refoulement. Depuis lors, Mlle B... a quitté l'Asile en période lucide sans aucun affaiblissement intellectuel. A diverses reprises, la malade, pendant ses accès, présenta le syndrome de Leroy : Elle nous raconte avoir vu : 1° Une poupée de 30 cm., colorée, souriante et mobile ; 2° Un groupe animé : abbé de cour causant sous une tonnelle avec une soubrette, — mêmes proportions, mêmes teintes vives, même impression de plaisir délicat ; 3° Une scène badine « genre xvii^e siècle, quelque chose comme l'embarquement pour Cythère mais plus naïf », simultanément : une mulâtre, la mise baroque, habillant ses enfants et d'autre part deux jeunes marquises, l'une en bleu, l'autre en rose, qui s'entretiennent avec gaieté. Les caractères sont analogues.

Mlle B... s'exprime avec grandiloquence et une certaine recherche dans l'expression. Bonne violoniste, peignant agréablement, elle a encore, outre ces tendances artistiques, deux autres goûts : celui de la métaphysique, trahissant son mysticisme ; celui de l'introspection minutieuse de ses états d'âme, révélant l'émotivité. Bien que voilées par un symbolisme plus ou moins transparent, les préoccupations érotiques jouent un grand rôle dans le psychisme de la malade : l'amour refoulé pour un de ses cousins a souvent coloré le tableau clinique au point de pouvoir en être considéré comme l'élément causal prépondérant.

OBS. II (2). — Mar... Joseph. C'est un déséquilibré constitutionnel avec des impulsions, des obsessions et des phobies, de nombreux troubles psycho-sensoriels et des idées délirantes polymorphes. Un appoint alcoolique épisodique est venu secondairement s'ajouter au tableau déjà si complexe.

A six reprises différentes ce malade a présenté des hallucinations lilliputiennes ; leurs caractères particuliers (notamment l'autoscopie) ont été signalés dans son observation.

Un génie animé, haut de 30 cm., les traits fins et expressifs, le plus souvent vêtu d'une chlamyde bleue et rose, semblait présider à chacun des spectacles dont voici briève-

(1) Observation publiée in *Revue de Psychologie normale et pathologique*. D^r BOUYER.

(2) Observation envoyée à la *Revue de Psychologie normale et pathologique*. D^r PERRET.

ment l'énumération : 1° petite échelle symbolisant pour le malade l'ascension au ciel ; 2° le génie montre du doigt un nuage où Dieu apparaît ; 3° tableau des misères humaines sous la forme de grabataires infirmes ou malheureux ; 4° voiturette attelée d'un cheval minuscule dans laquelle Mar... se voit aux côtés de sa mère ; 5° nouvelle autoscopie lilliputienne : le malade est couché ; son lit oscille de droite à gauche, ce qui signifie pour lui de la mort à la guérison ; 6° le génie, cette fois vêtu de blanc, encore plus beau que d'ordinaire, prononce un mot : « mariage ». Toutes ces hallucinations présentent les mêmes caractères de petitesse, de coloration, de mobilité et d'agrément.

Sous le rapport du fond mental, on n'observe chez Mar... aucun signe d'affaiblissement. C'est un émotif loquace, décrivant ses troubles, exploitant la riche gamme de ses tons affectifs pour en tirer force variations. Tout cela avec une étourdissante fantaisie et un dilettantisme subtil. Un sentiment mystique : le regret de la vie sacerdotale, obsède principalement le malade ; d'autre part, sa sensualité déborde et colore à son tour plusieurs de ses conceptions.

OBS. III. — St... Rosine. Malade chronique, étiquetée démente ; Mlle St... fut en effet internée à Maison-Blanche depuis 1904 et passait à St-Robert en 1914 lors de l'évacuation des aliénés de la Seine. Cependant l'affaiblissement intellectuel est peu appréciable. Mlle St... s'occupe régulièrement, conserve une bonne orientation et une mémoire très précise ; il persiste chez elle un état constant de subexcitation psychique mais qu'un examen approfondi ne révèle ni démentiel ni maniaque. L'apparente incohérence disparaît lorsqu'on écoute la malade pendant quelque temps et la fuite des idées demeure cantonnée dans un domaine bien défini : souvenirs d'enfance plus ou moins déformés, narration prolixe et toutefois ordonnée d'anciens épisodes hallucinatoires ; seules quelques stéréotypies de langage indiquent la chronicité.

Les troubles psycho-sensoriels que raconte Mlle St... dans sa logorrhée se manifestèrent pour la plupart au début de la psychose pendant une période assez brève ; actuellement persistent encore quelques hallucinations auditives épisodiques. C'est après un choc émotif (suicide de son frère par écrasement) que le délire commença. Dès le premier jour, encore chez elle, la malade présenta le syndrome de Leroy presque au complet : apparition sur la fenêtre d'un petit enfant de 50 cm. de hauteur, vêtu d'un « habit à queue de pie » (*sic*), les joues agréablement colorées et se grandissant

peu à peu. Pour Mlle St..., cet enfant (qui dira pourquoi ?) symbolise le Créateur. Après les formalités d'internement et le passage à l'Infirmierie spéciale d'abord, puis à l'Asile Clinique dont le souvenir demeure très net, c'est à Maison-Blanche qu'un spectacle hallucinatoire extrêmement riche se déroule. En donner tout le détail nous ferait sortir du cadre que nous nous sommes tracé ; disons seulement que l'apparition de Dieu et de Satan en sont les éléments primordiaux pour insister aussitôt sur le point qui nous intéresse ; les hallucinations lilliputiennes. Leur présence au milieu des autres visions que nous passons sous silence est facile à dégager.

Parmi des personnages grandeur naturelle (Dieu, Satan, Lucifer, Neptune, Grand Seigneur del Plante Henri) évoluent trois groupes de mignonnettes de la taille de l'avant-bras, animées, colorées, agréables à voir. Le premier groupe (dix sujets environ) représente « notre race nègre » ; il siège à droite. Le deuxième groupe, siégeant à gauche et comprenant le même nombre de poupées, représente « notre race mulâtre » ; ces petits personnages sont nus, rappellent des bébés jumeaux ou des amours auxquels ne manqueraient que des ailes. Le troisième groupe, « notre race blanche », est au milieu, étendu sur la paillasse « couchette de la Vierge Marie » ; il comprend 4 à 6 « fillettes de toute beauté, bien mignonnes, les yeux grands ouverts regardant partout ». Lorsqu'au bout d'un certain temps tous ces petits acteurs font leur sortie, ceux de la race blanche sont habillés de blanc ou de rose avec de fines dentelles, les autres demeurent nus ; la race mulâtre s'éloigne en rampant et les jambes allongées et raccourcies tour à tour paraissent élastiques.

Le langage de Mlle St... pour dépeindre cette étrange féerie est frappant par son pittoresque, l'imprévu souvent heureux des images et la mièvrerie des expressions. Les stéréotypies de la malade sont la traduction de ses émotions passées, traductions que l'habitude a rendues automatiques et privées de tonalité affective. Mais tout leur contenu trahit l'état mental antérieur et nous pouvons en ses grandes lignes le reconstituer. Toujours impressionnable, Mlle St... n'a gardé à la mémoire que des souvenirs de vives émotions : en son enfance, à l'âge de 9 ans, elle se trouvait avec sa sœur sur les fortifications ; un homme s'approche des fillettes et veut se livrer avec elles à des actes obscènes. A 13 ans, c'est la honte et le remords de s'être montrée nue devant une autre enfant. Plus tard, au cours de sa vie instable et tourmentée, c'est la crainte que lui inspire un employé de commerce,

son chef direct, dont elle désirera le malheur et fût peut-être amoureuse, sans jamais se l'être avoué. Tout ceci nous révèle encore l'inconscient érotisme de la malade. Des scrupules, des remords, la nature de ses visions dévoilent d'autre part son mysticisme. Chaque phénomène l'incite à déduire par symbolisme des correspondances métaphysiques. Enfin, bien que les récits de Mlle St... soient stéréotypés dans leurs éléments essentiels, elle y ajoute chaque jour par une fabulation sans cesse active des épisodes et des personnages ultérieurement assimilés.



Telles sont les trois observations que nous avons pu recueillir. Malgré l'inévitable sécheresse d'un résumé, le syndrome complet de Leroy est bien apparent dans chacune.

Nous voilà donc en face du problème suivant, qui peut s'énoncer par un syllogisme : « Plusieurs sujets présentent un même phénomène ; tout même phénomène doit avoir une même cause. Donc, chez tous ces sujets, doivent exister d'autres éléments communs parmi lesquels logiquement on trouvera cette cause. » Quels sont chez nos trois malades ces éléments communs ? Est-ce l'intoxication ? Les auteurs en font, en effet le facteur primordial des hallucinations visuelles ; il existe sans doute d'une manière épisodique pour Mlle B... et pour Mar... ; encore faut-il noter que ce dernier dit avoir présenté le syndrome de Leroy avant ses excès alcooliques ; quant à Mlle St..., rien ne nous permet d'affirmer chez elle l'existence d'un tel facteur. Il est possible toutefois que nos malades aient présenté tous les trois une forme d'intoxication soit exogène soit endogène. Mais c'est là chose bien banale et, parmi les aliénés que nous examinons tous les jours, il en est de bien plus nettement intoxiqués chez lesquels jamais n'a paru, même incomplète ou élémentaire, l'hallucination lilliputienne. Dans notre service de 800 femmes, où les intoxiquées sont légion, le syndrome de Leroy demeure en somme exceptionnel ; le facteur classique est donc au moins insuffisant pour l'expliquer. Il faut chercher une cause à

la fois moins générale et plus profonde ; cette cause nous devons la trouver dans les autres analogies que présentent nos trois malades, c'est-à-dire dans le fond mental où justement nous a frappé un faisceau de ressemblances unissant entre eux des sujets de prime abord si divers.



Nous allons donc étudier successivement les points communs de ce fond mental :

1° *Nos trois malades sont des émotifs.*

Mlle B... fut toujours impressionnable : dans son adolescence, il avait suffi de l'annonce de la fin du monde par un journal pour la troubler violemment. Les murs noirs de la caserne épouvantent Mar..., qui se sauve à leur vue ; quant à Mlle St..., c'était l'émotivité personnifiée : la mort de son frère déclanchant les troubles mentaux, la description de ses terreurs en face de son chef de rayon sont caractéristiques : « Il était sévère comme tout, j'avais des appréhensions de moi quand il manquait quelque chose. » D'ailleurs, si pour cette dernière, comme nous l'avons dit, la logorrhée stéréotypée masque actuellement les réactions, il suffit d'interroger les autres pour qu'ils tremblent ou rougissent aussitôt.

Instables et abouliques comme tous les émotifs, nos malades ont surtout *une tendance prononcée à l'introspection* ; ils analysent minutieusement leur vie intérieure d'où découlent des obsessions ou des scrupules. « Je me cherchais en quelque sorte douloureusement, dit Mlle B..., je ne sais si c'est parce que j'étais assez solide d'esprit qu'il me fut donné de suivre des sentiers particulièrement raboteux. » Souvent Mar..., la tête entre les mains, se détachait des contingences pour vivre uniquement de sa vie affective. Mlle St... scrutait constamment sa conscience, honteuse d'y trouver des pensées inavouables.

2° Les récits de nos malades sont toujours faits dans une forme originale, recherchée, particulièrement subtile. Cette *mièvrerie* est le second point im-

portant du fond mental commun. Elle apparaît déjà dans l'auto-analyse de l'affectivité et devient frappante dans la description des troubles aussi bien par le ton que par le vocabulaire. Nous avons cité de Mlle B... des phrases suffisamment caractéristiques à ce point de vue ; rappelons : « quelque chose comme l'embarquement pour Cythère, scène badine genre xvii^e siècle, mais plus naïf — porcelaine de Saxe — abbé de cour — soubrette », tous rapprochements qui témoignent dans quel monde archaïque et précieux vit d'ordinaire l'imagination de la malade. Mar... dépeint en termes également rares son « petit génie vêtu d'une chlamyde et dont les traits fins avaient une grâce toute féminine » : féminine, telle est d'ailleurs la sensibilité de Mar... en dépit de son sexe : « quand ma maîtresse, dit-il, me tenait la tête sur ses genoux et me berçait en me chantant des chansons d'enfant, je me sentais heureux et j'oubliais ma tristesse ». Quant à Mlle St..., elle emploie des images d'une audacieuse et délicate originalité, dignes d'un poète romantique : « dentelles au pic d'aiguilles de toute beauté, le discours des aiguilles, fines comme on ne peut pas voir sur terre ». En somme : mignardise, grâce conventionnelle et fragile, amour du détail minuscule ; retenons ces points très spéciaux du caractères de nos trois malades.

3° *Nos trois malades sont des imaginatifs avec tendance à la fabulation.* — Pour employer une image un peu banale, mais bien expressive, ils brodent ; se complaisant, comme nous l'avons vu, dans leur introspection et l'exposé de leurs moindres troubles, ils cèdent au besoin de les compliquer encore. Mlle St... est particulièrement remarquable à cet égard ; la façon dont elle développe chaque jour le récit du spectacle hallucinatoire de Maison-Blanche, en y incorporant des personnages nouveaux, a déjà été signalée. Pour les deux autres, il s'agit plutôt d'une amplification grandiloquente dans l'association des idées. D'ailleurs les trois sujets vont converger au maximum par un autre emploi de leurs facultés imaginatives auquel nous arrivons.

4° Nos trois malades ont une *tendance constante au symbolisme*. Jamais ils n'acceptent un fait concret hallucinatoire ou réel sans y voir aussitôt l'abstraite correspondance. Et pourtant nul effort ne se trahit dans ces rapprochements parfois étranges ; le symbole paraît chez tous un élément de la perception immédiate, tant le mécanisme sensoriel subit aussitôt l'influence de l'association des idées que l'affectivité dirige. Mlle B... l'explique d'ailleurs parfaitement en disant elle-même : « Il y avait toujours une association d'idées entre le mécanisme et l'esprit. » Ici les exemples abondent ; il suffira de citer n'importe quel détail des observations.

Pour la première de nos malades, la vue de 3 pousins la fait songer aux francs-maçons ; quand elle est excitée c'est « parce qu'une déesse la fait parler, parce que Vénus dirige ses lèvres ». Rappelons au hasard, chez Mar... : une échelle : ascension vers le ciel ; une voiture où le malade est emmené par sa mère : celle-ci le conduira dans le droit chemin ; un petit lit oscillant de droit à gauche : le destin balance entre la vie et la mort, etc... Mlle St... pousse le symbolisme à son plus haut degré : l'horloge du palais de justice lui rappelle la vie ; les favoris blancs du grand seigneur del Plante Henri, un magistrat sans doute, sont des « lattes d'ivoire » et correspondent aux défenses de l'éléphant, c'est donc un défenseur ; jouant sur son nom, Stein : « c'est le destin, dit-elle, mais il y manque « des » car je ne suis pas une déesse, mais c'est mon destin de voir Dieu visible sur la terre à l'âge de 37 ans » ; suit tout un système assez compliqué de métempsychose.

Ce symbolisme, qui ressemble chez Mlle St... à celui des délirants interprétatifs de Sérieux et Capgras, est néanmoins différent ; beaucoup plus large dans ses déductions, il plonge surtout dans la métaphysique, comme celui des deux autres, et c'est là chez nos trois malades un nouveau point commun du fond mental.

5° *Ce sont en effet des mystiques*. — Mlle B..., très pieuse jusqu'à 18 ans, souffrait parfois de doutes et

de scrupules d'ordre religieux ; à l'école normale sa foi traverse une crise douloureuse ; elle nourrit sa vie affective de la poésie sacrée ; le *Væ soli* de l'Ecclésiaste traduit son isolement ; tous ses troubles mentaux sont imprégnés d'idées mystiques : vérité à découvrir — apparition de la Vierge — conversion des Turcs, etc... A l'Asile elle utilise ses talents à peindre des images de piété et à transcrire des cantiques.

La préoccupation principale de Mar... c'est le regret du sacerdoce ; hallucinations et délire sont caractéristiques : il voit Dieu ; au génie lilliputien qui dresse une échelle vers le ciel, il demande s'il peut gagner son salut sans être prêtre, par une vie de dévouement et de vertu.

La vision de Dieu est aussi pour Mlle St... le fait capital de son récit ; Lucifer et Satan y jouent également un grand rôle ; le sentiment de son indignité et de la miséricorde céleste, l'image du ciel et de l'enfer s'opposent tour à tour en son esprit. Cette tendance métaphysique, ce besoin continu du mystère est, on le voit, un caractère général et singulièrement net du fond mental de nos malades. On retrouve d'ailleurs chez eux la même association que d'ordinaire en pareil cas.

6° *Une tendance plus ou moins consciente à l'érotisme achève le tableau commun.*

Tous les trois sont célibataires et obsédés par l'idée du mariage ; c'est le mot que prononce un jour le petit génie de Mar... Ce malade a souvent des visions obscènes et des obsessions génitales. Une déception d'amour est, comme on l'a vu, chez Mlle B..., à la base du délire. Pour Mlle St... les souvenirs d'enfance restés vivants ont trait à des chocs émotifs d'ordre sexuel. D'ailleurs, en creusant le symbolisme, on trouverait en tous un fréquent point de départ dans ce genre d'idées.

Il est frappant de découvrir ce fond mental identique chez les trois sujets qui, seuls à St-Robert, ont présenté des hallucinations micropsiques et de ne jamais l'avoir vu, complet tout au moins, chez nos

autres malades, dont le nombre est important. Au point où nous en sommes, nous ne pouvons affirmer davantage. Dans les cas de syndrome de Leroy publiés jusqu'à ce jour, le psychisme des malades observés n'a pas été particulièrement approfondi, mais rien de ce qui en a été dit ne contredit les résultats de notre étude. L'exemple célèbre d'Alfred de Musset, dont on connaît le caractère, appuie notre interprétation : symbolique puisque poète (malgré moi l'infini me tourmente), érotique, souvent mièvre et féminin dans ses œuvres (comédies et proverbes), émotif au point de se rendre malade pour une faute d'impression, imaginatif également, il possède lui aussi les six éléments communs à nos trois malades.

On peut nous objecter que nous avons souvent pris pour exemple des éléments dépendant des troubles psycho-sensoriels ; mais nous répondrons qu'aucune solution de continuité ne nous est apparue entre le caractère de nos malades et ses manifestations, grossies pendant les accès ; si donc les détails qu'on peut noter alors sont plus pittoresques et plus expressifs, le fond reste en tout temps le même, comme le dévoile une observation approfondie.



En somme, en groupant les éléments communs du fond mental chez nos trois malades, nous voyons que les hallucinations lilliputiennes semblent naître à la faveur d'un état mental particulier, qui serait ainsi leur domaine d'élection. Il nous paraît naturel alors de chercher dans ce domaine complexe et précis l'explication d'un phénomène également précis et complexe que l'intoxication, facteur trop général, éclaircit insuffisamment.

L'originale théorie de M. Salomon, si elle s'adapte à quelques cas, ne nous paraît pas susceptible d'une grande extension ; en particulier elle ne saurait correspondre avec certains spectacles hallucinatoires de nos trois malades. On admettrait d'ailleurs difficilement que des visions si riches, dont les caractères

s'accordent si bien, comme nous l'avons vu, avec l'affectivité, puissent être analysés physiquement par des déductions d'ordre extrinsèque.

Plus satisfaisante est l'idée de Leroy et de Mignard, qui voient, dans l'hallucination lilliputienne un retour aux conceptions féeriques et minuscules, où se plaît l'imagination de l'enfant.

En commentant isolément deux des observations ci-dessus, que nous avons présentées l'un après l'autre, chacun de nous jetait l'ébauche d'une interprétation possible ; le premier par les idées de Freud entendues dans un sens très large, et dans ce qu'elles ont de compatibles avec la psychologie classique ; le second essayant d'assimiler les hallucinations lilliputiennes à certaines idées de défense des persécutés, voyant dans ces deux phénomènes des réactions d'équilibre d'un moi troublé, moi surtout intellectuel pour celles-ci et plus affectif qu'intellectuel pour celles-là.

Ces deux tentatives de pathogénie, de même que l'explication de Leroy et Mignard, ne sont nullement contradictoires. Elles ont un point important qui leur est commun, puisque toutes sont basées sur les relations des troubles psycho-sensoriels et du fond mental. Les hallucinations lilliputiennes sont fonction du psychisme : images agréables que l'imagination colore de teintes vives, que la tendance à la mièvrerie peut rendre petites et délicates. Comme elles ont trait, en général, à des souvenirs enfantins, elles prennent tout naturellement la forme habituelle des conceptions de l'enfance : féeriques, minuscules et joliment colorées.

Il nous semble bien que c'est seulement dans l'étude fouillée du psychisme de ces curieux malades que nous trouverons une théorie précise de leurs phénomènes hallucinatoires particuliers. Si l'intoxication nous paraît souvent nécessaire pour rendre pathologiques les manifestations de ce fond mental spécial, nous ne la croyons pas suffisante à elle seule pour les créer de toutes pièces. De plus, nous pouvons concevoir ainsi un domaine plus large pour le

syndrome de Leroy et le considérer comme susceptible de faire partie de la symptomatologie d'un grand nombre de psychoses.

En résumé, nous pensons que le rôle du fond mental est toujours prépondérant dans la production des hallucinations lilliputiennes. Telle est, d'ailleurs, depuis Baillarger l'opinion de bien des auteurs classiques et contemporains sur la psychogénèse des hallucinations en général.

DISCUSSION

M. Raoul LEROY. — Après l'essai d'interprétation des hallucinations lilliputiennes donné ici-même l'an dernier par M. Salomon, interprétation purement physique, voici que MM. Bouyer et Perret nous soumettent aujourd'hui une explication psychologique, basée sur le psychisme des sujets. Ce travail, très étudié, fait grand honneur à nos jeunes collègues. De la synthèse de trois observations, ils décrivent un fond mental commun, caractérisé par l'émotivité, la vive imagination, la mièvrerie, le mysticisme, l'érotisme, la tendance à l'introspection et au symbolisme. C'est à la faveur de cet état mental particulier que se développeraient les troubles psycho-sensoriels envisagés. Une telle recherche peut être féconde. Nous ne savions jusqu'ici qu'une chose, c'est que, parmi le grand nombre d'observations connues, beaucoup étaient des personnes d'un psychisme supérieur (Ben Johnson. Musset, Maury, etc.).

Le rôle de l'imagination infantile est prépondérant dans ces visions minuscules, reviviscences de tableaux et de scènes de notre première jeunesse. « Que sont ces rondes de gnomes, ces défilés de petits bonshommes, ces scènes mouvantes, colorées et amusantes, sinon le souvenir objectivé du monde minuscule dans lequel se complait l'imagination du jeune âge, nourrie par les contes, les récits, les images, les jouets, dont la forme s'adapte aussi bien que possible au désir enfantin d'un univers réduit. » (Mignard).

Confusion mentale et catatonie

Par M. A. BARBÉ

Ayant eu l'occasion d'examiner un malade qui présentait des symptômes de catatonie vers la fin d'un accès confusionnel, j'ai pensé que son observation méritait d'être publiée, car elle semble bien se rapporter à ces cas dans lesquels une transition insensible s'établit entre les deux états et transforme une affection aiguë en une maladie chronique.

Il s'agissait d'un soldat qui fut amené le 18 novembre 1915 à l'Hôpital de Saint-Dizier pour « troubles psychiques ». A son entrée, il présentait des symptômes manifestes de délire de rêve, avaient des impulsions subites qui le faisaient courir à la fenêtre pour chercher à voir un de ses camarades, et ne sortait de cet état que très difficilement : il ne donnait aux questions posées que des réponses lentes, traduisant une désorientation totale ; complètement obnubilé, il ne pouvait dire ni son nom, ni sa date de naissance, ne savait où il était, semblait suivre une idée fixe, et ne sortait de son apathie que sous l'influence d'une de ces impulsions brusques dont nous venons de parler un peu plus haut. Autant que l'on put reconstituer son histoire, il semblait que cet état confusionnel put être considéré comme consécutif à un état toxi-infectieux, peut-être aggravé par une commotion (il avait vécu plusieurs jours dans une sape, sous un bombardement intense, et n'ayant qu'une alimentation réduite au minimum).

Cet état confusionnel avec amnésie, désorientation et impulsions succédant à des périodes de calme, persista sans modifications pendant plusieurs jours : étendu sur son lit et rêvassant, le malade sifflait continuellement, paraissait avoir quelques hallucinations auditives, puisqu'il croyait entendre son frère et se levait parfois brusquement pour courir dans la salle à la recherche d'un de ses camarades. Il avait également de fausses reconnaissances, croyant voir dans son entourage des personnes de sa famille.

Puis, survint une période de calme, avec diminution de l'état délirant, persistance de la torpeur intellectuelle ; lorsqu'on l'interrogeait, il faisait de vains efforts pour se souvenir et disait : « je cherche..... je ne trouve pas ». L'évocation des souvenirs anciens se faisait un peu mieux ; il pouvait alors donner son âge, certains renseignements sur son enfance, mais avait une amnésie complète des circonstances qui avaient précédé son entrée à l'hôpital, en sorte qu'il présentait un état presque constant d'inquiétude bien légitime, puisqu'il se rendait compte que toute une partie de son existence lui échappait. Cette amélioration se fit d'une façon irrégulière, entrecoupée d'une période d'onirisme, avec des réponses lentes et difficiles, et toujours cet état d'inquiétude persistante entretenue par l'amnésie lacunaire, récente, ce qui lui faisait dire : « je voudrais savoir..... pourquoi je suis ici..... je ne comprends pas comment que ça se fait..... »

Un mois environ après son entrée, ce malade présentait donc de la lenteur de l'idéation, un peu d'obtusion intellectuelle, un certain degré d'inquiétude et des périodes courtes de propos incohérents. C'est alors qu'il se mit à présenter des stéréotypies de mouvements, d'attitudes et de gestes ; marchant dans la salle, il faisait toujours le même nombre de pas en longueur et en largeur, la tête penchée sur la poitrine dans une attitude méditative ; arrivé à l'extrémité de la salle, il se retournait tout d'une pièce, toujours du même côté et de la même façon, pour reprendre sa marche monotone et sans but : s'il s'asseyait, il se mettait toujours sur le même banc, à la même place, sifflotant continuellement les mêmes airs ; venait-on à l'interroger ? il sursautait comme quelqu'un que l'on réveille brusquement et déclarait ne penser à rien : la seule question qui paraissait vraiment l'inquiéter, c'était celle de savoir pourquoi et depuis quand il était à l'hôpital. Peu à peu, ces stéréotypies se précisèrent, et la torpeur intellectuelle s'accompagna d'un état d'indifférence que l'on pouvait attribuer en partie à l'impossibilité où se trouvait le malade de se répondre à lui-même sur le sujet qui le préoccupait tant.

Au moment de son évacuation, ce malade se présentait nettement comme un stéréotypé, n'ayant pas de négativisme, mais présentant de la suggestibilité, en sorte que nous avons pu assister à l'apparition de phénomènes catatoniques qui semblaient bien, dans ce cas, consécutifs à un état confusionnel d'origine toxi-infectieuse avec possibilité de traumatisme concomitant.

M. Raoul LEROY. — Il me semble que M. Barbé a surtout en vue, dans sa communication, les rapports de la confusion mentale avec la démence précoce, comme le pensait Régis. Il serait très intéressant de savoir ce qu'est devenu ce malade.

Relativement aux phénomènes catatoniques, ceux-ci peuvent s'observer dans les états confusionnels et toxi-infectieux les plus divers : pneumonie (Rostand), alcoolisme aigu (Garnier), confusion mentale (Joffroy), fièvre typhoïde (Dufour), urémie (Brissaud, Régis et Lalanne). On les a même vus dans l'intoxication dans le haschich (Gonndace).

M. André BARBÉ. — Je n'ai pas prononcé le nom de « Démence précoce » dans cette communication : j'ai cherché simplement à établir comment, dans un cas bien déterminé, on peut assister à une évolution d'un état aigu vers un état chronique, l'état aigu étant caractérisé par la confusion mentale, et l'état chronique par la catatonie. De plus, je n'ignore pas que l'état catatonique peut s'observer dans un grand nombre d'états toxiques et infectieux, mais j'ai voulu signaler dans cette observation l'évolution d'un état purement confusionnel vers un état catatonique ; il y eut un passage lent et progressif de l'un à l'autre, ce qui se rapprocherait de ce que Régis avait décrit sous le nom de « confusion mentale chronique ».

Communication de M. Minkowski. — M. Minkowski termine sa communication intitulée : Impressions psychiltriques d'un séjour à Zurich (voir l'article, p. 110).

La séance est levée à 18 h. 45'.

Le secrétaire des séances,
René CHARPENTIER.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Appareil Respiratoire (Tome II), par MM. AMEUILLE, BORDET, COURCOUX, P^r EM. SERGENT, PRUVOST, LABRO et JOURDEL, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée* publié sous la direction de MM. Emile Sergent, L. Ribadeau-Dumas et Babonneix (1 vol. in-8, 392 pages, 35 fig., A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Ce deuxième volume, illustré de nombreuses figures, est consacré aux maladies chroniques des poumons, aux maladies de la plèvre et du médiastin, aux séquelles des blessures de poitrine et des intoxications par les gaz asphyxiants, et aux déformations thoraciques.

Dans la première partie, MM. Ameuille et Fr. Bordet étudient l'asthme, l'emphysème pulmonaire, les scléroses pulmonaires, broncho-pulmonaires, pleuro-pulmonaires, l'atélectasie, les pneumokonioses, les pierres du poumon, les kystes hydatiques et le cancer du poumon.

Après un exposé très clair par M. Courcoux des pleurésies aiguës et chroniques, et par M. Labro des pneumothorax, MM. Ameuille et Bordet terminent l'étude des maladies de la plèvre par le cancer de la plèvre, les kystes hydatiques pleuraux et donnent une excellente description anatomique, pathogénique et clinique des syndromes généraux et tumeurs du médiastin.

M. le Prof. Sergent a assumé lui-même la tâche de mettre au point avec M. Pierre Pruvost la question d'actualité des séquelles tardives des plaies de poitrine et de leurs rapports avec la tuberculose pulmonaire. Cet important chapitre est complété par l'exposé, par MM. Ameuille et Jourdel, des accidents immédiats et tardifs consécutifs à l'action des gaz suffocants et des gaz asphyxiants. Pour terminer, M. Ameuille donne encore, en quelques pages, une très claire description des déformations thoraciques congénitales et acquises.

Ce volume, qui termine l'exposé des maladies de l'appareil respiratoire, est le vingt-neuvième volume paru du *Traité*.

Entrepris immédiatement après la guerre, à un moment où des difficultés de toutes sortes semblaient s'opposer à sa réalisation, le *Traité* de MM. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix verra prochainement paraître les derniers des trente-deux volumes annoncés. Remarquablement bien édité, il aura réalisé sa promesse d'être une encyclopédie médicale complète. Suivant un plan logique et clairement défini, sans omettre les spécialités dont la place est aujourd'hui si grande, il expose l'ensemble des connaissances cliniques et thérapeutiques indispensables au médecin praticien pour l'exercice de sa profession.

René CHARPENTIER.

PSYCHOLOGIE

La psychologie du criminel, par HAMBLIN SMITH, *Methuen and Co*, Londres, 1922.

Ce livre condense l'expérience amassée en 23 années d'observation particulièrement appliquée à l'étude des criminels, ou mieux des délinquants en général. L'auteur constate que depuis les premiers âges le progrès consista surtout à confier à la société le soin de la vengeance de l'offensé. Mais il ne s'est guère agi que de vengeance, de châtimént ; c'est à peine si on commence à envisager le problème de la délinquance sous un aspect plus compréhensif et l'effort de l'auteur consiste précisément à montrer qu'il convient de ne plus parler de punition, héritage des conceptions religieuses ancestrales, mais bien d'un traitement de la délinquance.

Pour cela, il faut avant tout se persuader qu'un même acte antisocial peut être déterminé par les causes les plus diverses. Il faut donc rechercher avec soin les raisons profondes, les composantes multiples dont cet acte n'est que l'aboutissant nécessaire. Ainsi, pour faire œuvre utile, il faut procéder à une enquête minutieuse portant non seulement sur la condition physique et mentale du sujet, mais aussi sur son hérédité, son éducation, le milieu familial et professionnel, et les diverses phases de sa vie affective.

L'auteur s'est aidé à la fois de l'analyse psychologique traditionnelle des différentes méthodes de tests et enfin de la psychanalyse. Il traite de celle-ci avec un grand bon sens, et après avoir exposé très clairement son histoire et sa technique, il met en garde contre les excès des disciples irréfléchis. En effet, dans la plupart des cas, il ne s'agit pas seulement d'une réaction à un complexe refoulé, dont la découverte amènerait le succès ; on doit compter aussi avec les autres causes qui concourent à déterminer la délin-

quance, et sur quoi la psychanalyse ne peut rien. Cette méthode a paru rendre surtout service dans les cas d'attentats sexuels, d'alcoolisme, d'incendie, de kleptomanie ; son emploi sur une grande échelle comporte, du fait de la durée des examens et des traitements, de sérieuses difficultés. Il est rare que les analyses abrégées puissent suffire ; d'autre part, bien des délinquants préfèrent purger leur peine et retourner en liberté plutôt que de se soumettre à une année d'analyse. Enfin le personnel compétent ne sera pas encore formé de longtemps.

En tout cas, l'effort doit porter : 1) sur l'étude du délinquant jeune chez qui les réactions antisociales ne sont pas encore une habitude ; 2) sur l'analyse des récidives d'un même acte délictueux, surtout quand le mobile n'en apparaît pas clairement.

L'examen de l'expert criminologiste devrait être pratiqué avant le jugement et non après, comme cela se fait aux Etats-Unis, où l'expertise médicale déterminerait seulement la suspension ou l'application de la peine.

Chaque prison doit avoir son expert, chargé d'une infirmerie spéciale, ainsi que cela est réalisé à Birmingham. Que l'on n'objecte pas la dépense : tout cas qui échappe à la prison réalise une économie considérable pour la société. En 2 ans, sur 317 cas examinés, 24 p. 100 seulement sont passés en prison. Il est certain que, sans cette organisation, la proportion eût été bien plus élevée.

Ainsi que dans l'Etat de New-York, on doit tendre à spécialiser chacune des prisons dans la détention d'une classe déterminée de délinquants. Le but est non de juger ou de blâmer, mais il faut tendre à réadapter l'individu aux conditions sociales qu'il doit respecter. Et ne peut-on se demander si bien souvent la société n'est pas elle-même coupable envers l'individu, et n'a pas, par son organisation mauvaise, contribué à le déterminer à l'acte qu'elle prétend punir ? A la sortie, des œuvres d'assistance et de contrôle doivent recevoir le délinquant et veiller sur lui, permettre même de terminer le traitement commencé en prison.

En somme, il faut, en psychologie criminelle, démêler les facteurs si divers qui concourent à donner à l'individu une attitude antisociale, l'aider à résoudre les problèmes vitaux, si souvent mal posés, et susciter l'élaboration d'une législation fondée sur des données modernes et non médiévales.

Ce livre généreux, très clairement présenté, constitue une contribution solide à l'étude de la criminalité.

Albert BROUSSEAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 10 Janvier 1923

Président : M. le D^r ARNAUD

L'illusion des « sosies » dans un délire systématisé chronique, par MM. J. CAPGRAS et J. REBOUL-LACHAUX. — Présentation d'une persécutée mégalomane avec idée d'origine primaire, de substitution d'enfants et de persécution, remarquable par l'existence, depuis une dizaine d'années, d'une sorte d'agnoscie d'identification sans troubles de la perception.

La malade métamorphose en série de sosies chaque personne de son entourage, même ses plus proches, comme son mari et sa fille. Il ne s'agit pas d'une fausse reconnaissance par la découverte d'une ressemblance inattendue entre un individu et un autre, mais de l'impossibilité d'identifier la même personne tout en retrouvant la ressemblance. Cette illusion a été déterminée par l'apparition, au cours d'une crise anxieuse, d'un sentiment d'étrangeté qui s'est opposé au sentiment de familiarité inhérent à toute reconnaissance, sans modifier autrement les images sensorielles ou mnésiques. Cette illusion s'est développée ensuite grâce à l'inclination très marquée de la malade à la méfiance et à la recherche minutieuse des moindres détails ; le plus petit changement de physionomie lui suffisant pour affirmer la transformation du sosie.

Méningite spécifique et périodicité, par MM. H. CLAUDE et A. BROUSSEAU. — MM. H. CLAUDE et BROUSSEAU présentent une jeune femme âgée de 23 ans, vraisemblablement infectée depuis 4 ans 1/2 et pour laquelle fut porté, par l'un d'eux, voici 3 ans, le diagnostic de paralysie générale précoce. Entre les deux internements provoqués chaque fois par un état d'excitation maniaque, s'est écoulée une période intercalaire

de 2 ans, au cours de laquelle on note une courte période dépressive. Actuellement on ne trouve pas d'affaiblissement intellectuel global, aucun trouble physique caractéristique de la P. G. Le B.-Wassermann, la réaction du benjoin sont positives dans le L. C.-R., mais l'hyperalbuminose, la lymphocytose ont subi, sous un traitement arsenical récent, une régression extrêmement marquée. Il paraît donc légitime de considérer qu'il s'agit d'une syphilis nerveuse avec grosse réaction méningée et faible retentissement cortical, qui n'est pas encore et ne sera peut-être jamais une P. G. confirmée et c'est là un argument de plus pour lutter contre l'abstention thérapeutique à laquelle on se résigne trop souvent. Depuis on peut se demander si les altérations nerveuses d'origine spécifique, non progressives, n'ont pas favorisé l'apparition de périodes d'excitation en rapport avec la constitution cyclothymique de la malade, comme l'on voit des éléments infectieux ou toxiques faire éclore des manifestations d'ordre cyclothymique ou schizoïde chez d'autres sujets présentant un état constitutionnel plus ou moins déclaré.

Automatisme ambulateur et épilepsie, par MM. TOULOUSE, MARCHAND et TARGOWLA. — Accès répétés d'automatisme ambulateur d'origine vraisemblablement comitiale. MM. TOULOUSE, MARCHAND et TARGOWLA présentent un malade qui, en quatre ans, a fait quelques fugues coordonnées avec amnésie consécutive. Le caractère de ces fugues permet de les considérer comme de nature épileptique malgré l'absence de crises convulsives. C'est là un fait rare d'épilepsie psychique, remarquable par le nombre des accès (huit la première année).

De la lymphocytose transitoire, par MM. LEROY et CÉNAC. — MM. LEROY et CÉNAC présentent une malade atteinte de lymphocytose transitoire au début d'une confusion mentale aiguë récidivante. La malade avait été internée une première fois pour un état maniaque atypique, 9 ans après pour un accès de confusion mentale avec fièvre et albumine. Le 3^e internement dû également à un état confusionnel fébrile a montré la présence d'une lymphocytose abondante dans le liquide céphalo-rachidien sans modification des liquides humoraux. La lymphocytose a diminué peu à peu

et a disparu avec la guérison complète. Pas de syphilis, pas de tuberculose, pas d'intoxication saturnine, pas de zona.

Les auteurs rapportent à ce propos les cas analogues de Dufour : *R. N.*, 1913, tome I, page 113 ; et de Dufour et Brellet : *R. N.*, 1906, page 173.

A propos du délire de grossesse, par M. A. MARIE. — Le Docteur MARIE envoie la layette d'une malade à psychose maniaco-dépressive intermittente (6 accès à alternatives immédiates d'excitation après dépression...).

Le rythme de ces accès périodiques semble se modifier et retarde lorsqu'une grossesse réelle intervient: (3 se sont produites en 11 ans). Soit par un désir compréhensible de voir retarder son accès, soit par suite de sensations insolites dans la sphère génitale, la malade a presque à chaque début de rechute d'accès hypomaniaques tantôt l'idée de grossesse, tantôt celle dérivée de la précédente d'une tumeur de l'utérus.

Cette layette rappelle celle présentée par le D^r Adam dans l'avant-dernière séance.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Le poste de médecin-directeur de la Colonie familiale d'aliénés de Chezal-Benoît est actuellement vacant.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Un concours pour cinq places d'interne en médecine titulaire, et la désignation d'internes provisoires, des asiles publics d'aliénés de la Seine, et de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police, s'ouvrira à Paris, le lundi 9 avril 1923. Le nombre des places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service du département, deuxième bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 à 17 h., du 5 au 24 mars 1923.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

L'OFFICE NATIONAL DES RECHERCHES SCIENTIFIQUES ET INDUSTRIELLES ET DES INVENTIONS (1)

Une loi promulguée au « Journal Officiel » du 30 décembre dernier a réalisé la transformation de l'Office National des Recherches Scientifiques et Industrielles et des Inventions en un Office National du même nom, pourvu de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, octobre 1922, p. 285.

Nous avons déjà signalé l'importance capitale de cette institution qui accueille toutes les découvertes susceptibles de profiter à la collectivité. L'hygiène hospitalière offre un champ de recherches très vaste en particulier dans les asiles (isolement des malades, literie, hydrothérapie, etc., etc.).

Le décret prévu par cette loi et fixant la constitution et le fonctionnement de ce nouvel Office vient lui-même de paraître. Il fixe, avec les attributions de cet organisme de recherches et d'inventions, le mode de constitution de son Conseil National et de son Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration, qui vient d'être constitué par le Ministre de l'Instruction Publique, contient les plus grands noms de la science et de l'industrie de notre pays et donne toute garantie sur le fonctionnement et l'avenir de l'Office National des Recherches et Inventions.

Voici, en effet, la composition de ce Conseil qui devient l'organe directeur de l'Office : MM. LOUCHEUR, ingénieur, député, ancien ministre, président ; Alfred LACROIX, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences, vice-président ; Paul APPELL, de l'Académie des Sciences, recteur de l'Académie de Paris ; Pierre ARBEL, Maître de Forges ; J.-L. BRETON, de l'Académie des Sciences, ancien ministre, directeur de l'Office National ; André CITROEN, ingénieur-constructeur ; COVILLE, directeur de l'Enseignement supérieur, commissaire du Gouvernement ; Général FERRIÉ, de l'Académie des Sciences ; Paul JANET, de l'Académie des Sciences, directeur de l'Ecole supérieure d'Electricité ; Gabriel KÖNIGS, de l'Académie des Sciences, professeur à la Faculté des Sciences ; Edmond LABBÉ, directeur de l'Enseignement technique ; André MICHELIN, industriel ; Raoul MORTIER, Conseiller technique du Sous-Secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique, directeur-adjoint de l'Office National ; Charles MOUREU, de l'Académie des Sciences, professeur au Collège de France ; Paul PAINLEVÉ, de l'Académie des Sciences, député, ancien Président du Conseil ; Emile PICARD, secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ; POTTEVIN, sénateur, professeur au Conservatoire des Arts et Métiers ; Auguste RATEAU, de l'Académie des Sciences, industriel ; Louis RENAULT, industriel ; Pierre RICHEMOND, ingénieur-constructeur ; Pierre VIALA, de l'Académie des Sciences, député. — Secrétaires : LEGENDRE, directeur de Laboratoire à l'Ecole des Hautes-Etudes, chef des Services techniques de l'Office National ; DUMESNIL, chef des Services administratifs et du Contentieux.

Les attributions de l'Office National des Recherches et Inventions sont des plus importantes :

Il doit assurer l'exécution des études et recherches qui lui sont demandées par les différents services publics ; mettre à la disposition des laboratoires les possibilités expérimentales et les appareils dont ils peuvent avoir besoin pour leurs recherches ; provoquer, coordonner et poursuivre les

recherches scientifiques de tout ordre et plus particulièrement celles intéressant l'industrie nationale ; assurer, à cet effet, une liaison efficace entre les laboratoires et les usines, la science et l'industrie ; examiner les projets soumis par les inventeurs et assurer les études, les expériences et les réalisations nécessaires à la mise au point des inventions retenues par la Commission supérieure des Inventions ; aider, encourager et orienter les inventeurs par des subventions, concours, prix, expositions, etc... ; constituer un Service d'informations scientifiques et techniques à l'usage des laboratoires et des industriels ; provoquer la création de laboratoires nouveaux avec le concours de l'Etat, des départements, des communes ou des particuliers.

Pour remplir cette vaste tâche, si utile pour la Science comme pour notre industrie nationale, il faut au nouvel Office des ressources infiniment plus grandes que celles que lui apporte le crédit inscrit au budget de l'Etat.

Ce crédit de 1.410.200 francs est en effet bien maigre, surtout si on le compare à celui de plus de 30.000.000 mis à la disposition du Comité anglais correspondant de Recherches Scientifiques et Industrielles, et aux 130 millions dont est doté le service analogue existant aux Etats-Unis.

Heureusement, la personnalité civile et l'autonomie financière dont est maintenant pourvu notre Office National des Recherches et d'Inventions va lui permettre de recevoir facilement les dons, legs et subventions que ne peuvent manquer de lui apporter de nombreux et généreux amis de la Science, de la recherche et de l'invention.

Ces précieux concours pourraient d'ailleurs être apportés sous une forme nouvelle et originale qui ne peut manquer de séduire de nombreuses personnes qui hésitent souvent à subventionner des recherches imprécises dont elles ne sont appelées à connaître ni l'objet précis, ni les résultats.

A ces personnes, l'Office National peut indiquer toute une série de projets d'inventions retenus par la Commission supérieure des Inventions et entre lesquels elles pourraient choisir ceux qui les intéressent le plus directement et qu'elles seraient disposées à subventionner.

Ces subventions remises à l'Office National seraient exclusivement réservées à la mise au point de l'invention indiquée, et engagées seulement au fur et à mesure des réalisations et expériences soigneusement suivies et contrôlées par les services techniques compétents qui, tout en apportant à l'inventeur le plus précieux concours, éviteraient tout gaspillage dans des essais coûteux et inutiles.

Le donateur serait de plus tenu périodiquement au courant des expériences effectuées, des dépenses engagées et des résultats obtenus. S'il le désire, un contrat pourrait être préalablement passé entre lui-même, l'inventeur et l'Office, précisant la part devant revenir à chaque partie dans les bénéfices pouvant ultérieurement résulter de l'exploitation industrielle de l'invention ainsi mise au point.

Ainsi le donateur désintéressé non seulement connaîtrait tous les résultats obtenus grâce à son geste généreux, mais il pourrait encore en cas de succès utiliser, comme le fait l'Office, une partie des bénéfices provenant des inventions heureusement réalisées pour subventionner d'autres inventions et aider d'autres inventeurs.

Il faut souhaiter que sous cette forme séduisante essentiellement originale et nouvelle, l'Office National des Recherches et Inventions trouvera rapidement de nombreux et importants concours qui lui permettront d'étendre son action, de remplir complètement la belle et noble tâche qui lui est confiée et de bien travailler au développement économique de la France.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

L'Hôpital Magnan



Dans son numéro de mars, un *journal d'Hygiène mentale et d'intérêts professionnels* vient d'attirer l'attention sur une chronique intitulée *l'Hôpital psychiatrique* et parue dans le numéro de janvier des *Annales*.

Trop attaché au vocable qu'il a préconisé pour en voir les inconvénients évidents, le Directeur de ce journal paraît avoir été vivement ému par des critiques pourtant déjà formulées. Ainsi l'oiseau de la fable trouvait ses petits

mignons,

Beaux, bien faits et jolis sur tous leurs compagnons.

Bien qu'il lui en semble, il n'y a aucun plaisir à exprimer des critiques évidentes. C'est une tâche ingrate que d'écrire ce que tous pensent. Ce n'est

pas trop pour cela de tout l'intérêt qu'inspire une excellente cause, qui ne mérite pas d'être peu ou prou compromise par des initiatives regrettables. Une controverse sur le choix d'un mot ne justifie pas une mauvaise humeur incompatible avec une bonne hygiène mentale. Les questions scientifiques gagnent à être traitées avec sérénité et à être dégagées de tout intérêt professionnel.

Revenons donc, puisqu'il le faut pour être compris, à l'hygiène mentale. Il ne sera nul besoin pour cela, à l'imitation du journal plus haut cité, d'emprunter des qualificatifs au vocabulaire politique des réunions publiques ni d'adresser « aux étrangers » cet appel de détresse, argument suprême des causes désespérées.

Est-ce un état d'esprit heureux, et d'une adresse consommée, que de traiter d'adversaires de l'hygiène mentale tous ceux qui diffèrent d'avis sur un point du programme ou même sur le choix d'un mot ? Voilà, si je ne m'y trompe, de la propagande à rebours. Ou bien faudrait-il considérer l'hygiène mentale, en France, comme une religion nouvelle, et accepter, sans discussion, comme des vérités révélées, tout ce que pourraient imaginer ceux qui seraient tentés de se considérer comme l'incarnation du Verbe.

L'invitation impérieuse, adressée au Rédacteur en Chef des *Annales*, d'avoir à appliquer la censure à ses collaborateurs et d'avoir à supprimer, pour crime d'hérésie, au signataire de ces lignes, la tribune d'un journal auquel il collabore régulièrement, est l'indication d'un état d'esprit inquiétant. Je doute fort que cette attitude soit approuvée par les chefs de la Ligue d'Hygiène Mentale parmi lesquels

on compte plusieurs esprits apôtres bien connus de la libre critique et de la pensée libre.

Je ne ferai pas à notre très libéral Rédacteur en Chef (1) l'injure de le remercier de n'avoir pas obéi à cette injonction. Dans cette Maison, il est de tradition que les questions scientifiques se traitent, sous la responsabilité de l'auteur, sans intervention de questions de « tactique » ou d'intérêts particuliers, et que la courtoisie de la forme s'allie à la liberté de l'expression de la pensée.

Maniant un argument bien dangereux, et après avoir reconnu, en ce qui nous concerne, et notre indépendance et notre absence d'intérêt personnel, notre censeur donne l'impression erronée que, au nom d'intérêts particuliers, tous les aliénistes français, qu'ils appartiennent aux Hôpitaux de Paris ou aux Asiles d'aliénés, sont, sauf une maigre élite, des adversaires de la prophylaxie mentale. Qui pourrait le croire ? A l'imitation de nos amis des Etats-Unis d'Amérique qui nous ont montré le chemin, les milieux psychiatriques français ne comprennent que des partisans sincères et convaincus de la nécessité et de l'urgence de l'organisation de la prophylaxie mentale. Est-ce soutenir une cause gagnée d'avance que de lui créer des adversaires imaginaires ? Laissons les moulins à vent tourner en paix, Rossinante à l'écurie, et n'éveillons pas Sancho.

Est-il utile et raisonnable, parce qu'une appellation peu heureuse est critiquée, de décréter l'hygiène mentale en danger et de crier au secours ?

(1) Tant que j'aurai l'honneur de diriger les *Annales*, mes collaborateurs pourront exprimer librement leur opinion sur les sujets qui nous intéressent tous.

Lorsque, entraîné par son zèle, l'ardent directeur de la propagande de la Ligue propose de remplacer une appellation qu'il juge défectueuse, par une autre évidemment plus mauvaise, n'est-ce pas lui rendre service que de le lui signaler à temps ? Seule la paternité peut rendre à ce point indulgent et aveugle.

La Ligue d'Hygiène mentale a déjà accompli en France une fructueuse besogne. Elle a mieux à faire que de vouloir instituer, dès maintenant, l'infailibilité de l'un ou l'autre de ses directeurs. La tâche est loin d'être achevée. Il serait prématuré de perdre du temps en congratulations quand le but est encore si éloigné.

Ce sera le mérite de M. Toulouse que d'avoir obtenu la fondation et d'avoir organisé à l'Asile Sainte-Anne le premier service ouvert fonctionnant dans les Asiles. Régis à Bordeaux, Gilbert Ballet à Paris, avaient inauguré ce mouvement en obtenant, dans des Hôpitaux pour indigents, ce que depuis longtemps l'initiative privée avait réalisé pour les malades des classes aisées. Il était bien modeste le premier service créé à Bordeaux, au prix de laborieux efforts, par la ténacité et la foi du précurseur que fut le Professeur Régis. Les beaux travaux qui y prirent naissance seraient là, à défaut d'autres témoignages, pour souligner les résultats de cette tentative. La nécessité de ces services n'est plus discutée maintenant par personne. Leur nombre s'accroît chaque jour. Grâce à l'effort de M. Toulouse et de ses collaborateurs, les tentatives de Régis, de Ballet, de Déjerine, de Dupré, les réalisations de MM. Abadie, Claude, Laignel-Lavastine, Lépine, Raviart, etc., ont abouti à l'organisation et au fonc-

tionnement à l'asile Sainte-Anne d'un magnifique service. Prochainement, la Clinique psychiatrique de la Faculté de Paris aura à sa disposition un service ouvert, comme celles de Bordeaux et de Lyon. M. le Professeur Claude a obtenu à son tour cette innovation pour le plus grand bien de l'enseignement.

Des discussions, inspirées toutes de l'intérêt des malades, ont pu, à un moment donné, se produire sur l'utilité et les mérites respectifs des services ouverts des hôpitaux et des asiles. Je n'en ai jamais bien compris le sens. J'estime que les services ouverts destinés aux psychopathes ne seront jamais trop nombreux. La clientèle en est, hélas ! presque inépuisable. Qu'importe qu'elle se rende à l'Hôpital ou à l'Asile, si elle trouve, au lieu de son choix, des médecins compétents et une installation adaptée à son but. Un point, cependant, m'a toujours préoccupé : je voudrais que le service ouvert, qu'il soit à l'hôpital ou à l'asile, soit partout identique à lui-même, que le service d'asile ne pût être considéré comme un intermédiaire entre le service ouvert d'hôpital et l'internement, que le service ouvert d'asile ne fût pas l'antichambre du service fermé. Le traitement des troubles légers de l'esprit doit se faire sans contact avec les aliénés véritables. Le service ouvert d'asile ne saurait être, sans manquer à son but, un centre de triage et d'internement.

On m'objectera sans doute que le service ouvert d'asile reçoit les malades qui s'y présentent, qu'une observation est souvent nécessaire, qu'il est commode d'y faire entrer d'abord des malades qui doivent être internés ultérieurement, etc. Je n'ignore pas ces difficultés. Elles ne me paraissent

sent pas insurmontables. D'une part, la compétence et le doigté du Chef du service sauront bien les tourner. D'autre part, une solution me semble devoir s'imposer un jour et je me permets de la suggérer ici.

Dans un avenir que je crois prochain, le service ouvert de l'Asile Clinique sera insuffisant à sa tâche. La solution ne devra pas être cherchée, à mon avis, dans l'extension de ce service, mais bien plutôt dans sa multiplication. Un service de traitement des psychopathies légères ne doit contenir qu'un nombre limité de malades. Si l'on veut donner une indication, le chiffre de 100 malades paraît un maximum à ne pas atteindre. D'une expérience de quinze années dans une Maison de Santé ouverte, je conclus que deux services de 30 à 40 lits chacun, l'un d'hommes, l'autre de femmes, sont plus que suffisants à occuper l'activité d'un chef de service soucieux de ses malades. Les services hospitaliers ont à peu près ce chiffre. On conçoit qu'il en faudrait plusieurs à l'Asile Sainte-Anne, transformé en Hôpital.

A côté de ces services de traitement, pourrait fonctionner un centre d'observation et de triage, véritable service de douteux, confié à un médecin dont le rôle serait de recevoir de la Consultation les cas à observer avant de les adresser à un des Services de prophylaxie pour y être traités en liberté, ou au Service d'Admission pour être traités après internement.

Ainsi fonctionneraient côte à côte dans l'Asile Ste-Anne modifié, en dehors du Service de Clinique de M. le Professeur Claude, service mixte consacré à l'enseignement :

1° une Consultation externe.

2° des Services ouverts consacrés au traitement des états psychopathiques légers.

3° un service de douteux dans lequel seraient conservés en observation les malades venus à la consultation et pour lesquels l'indication administrative n'a pu être posée immédiatement.

4° un Service d'Admission et de répartition des malades à interner dans les Asiles d'aliénés du département de la Seine.

5° un Service de chirurgie.

J'applaudis de grand cœur à la libéralité éclairée du Conseil Général de la Seine. Je ne la considère que comme une étape. Je crois que seule la conception que je viens d'indiquer mérite vraiment une étiquette hospitalière. Ce changement d'étiquette consacrerait la disparition de l'Hôpital Magnan de tout Service d'internement, à l'exception du Service d'Admission, lieu de passage et de vérification commun à tous les Asiles de la Seine, et des lits réservés à la Faculté de Médecine pour l'enseignement.

On me dira : que faites-vous des services pour malades aigus ? Au risque de m'attirer encore des... reproches, j'avoue que cette conception ne soulève en moi aucune admiration. La question est loin d'être au point et appelle à son tour quelques réflexions.

Etant donné l'existence d'un ou de plusieurs services ouverts, il s'agit de traiter dans les services pour malades aigus les malades aigus internés. Pourquoi ? N'y a-t-il pas dans chaque service d'aliénés une infirmerie et un pavillon d'observation où sont traités les malades aigus ? Sur quoi se basera

la division entre les malades aigus et les malades chroniques? Qu'entend-on par malades chroniques? Est-ce qu'un malade dont la guérison tarde à venir pendant plusieurs années a besoin de soins différents ou de moins de soins qu'un malade qui guérit dans l'année? Ce serait méconnaître singulièrement la fréquence des guérisons tardives dans les maladies mentales, fréquence sur laquelle ont insisté à nouveau, sous l'inspiration de M. Anglade, Mme Jannin [thèse Bordeaux, 1916 (1)] et, sous l'inspiration de son frère, M. Paul Delmas [thèse Paris, 1921 (2)]. S'il est vrai que la plus grande partie des affections mentales curables guérissent au cours de la première année de traitement, la proportion des guérisons ultérieures est plus forte qu'on ne l'imagine habituellement. Ici encore le choix des mots n'est peut-être pas heureux. Ou bien cette division en malades aigus et chroniques est pratiquement sans objet, ou bien il faut entendre par là « malades réputés curables », et « malades réputés incurables ». La différence est grande : la durée n'exclut pas la curabilité.

Est-il possible et désirable de séparer les malades internés en malades curables et en malades incurables? En dépit de difficultés assurément très grandes, cela peut devenir possible pour un grand nombre de malades à une phase quelconque de l'évolution morbide, pas pour tous cependant.

D'autre part, cela ne me paraît pas désirable. On aboutirait ainsi à la constitution de garderies d'incu-

(1) Contribution à l'étude des guérisons tardives dans les maladies mentales, par Mme Marguerite Jannin (Cadoret, édit., Bordeaux, 1916).

(2) Les Accès mélancoliques de longue durée, par M. Paul Delmas. (Jouve et C^e, édit., Paris, 1921).

rables, de services de deuxième zone, pour lesquels on ne trouverait pas de médecins. Le recrutement des médecins des Asiles est-il donc déjà trop facile ? L'étude des maladies chroniques incurables est indispensable aux progrès de la psychiatrie et c'est autant par les essais thérapeutiques que par les mesures prophylactiques qu'on peut espérer en réduire le nombre. Le but suprême du médecin n'est-il pas la lutte contre la maladie, lutte dans laquelle aucun découragement n'est permis ?

J'estime que la vérité se trouve, non dans la division des services en aigus et chroniques, mais dans l'amélioration de l'arsenal thérapeutique mis à la disposition des médecins et dans l'augmentation du nombre des médecins. Ce n'est pas en confiant 400 malades à un seul médecin déjà chargé de besogne administrative qu'on peut lui demander de les soigner comme il le désirerait lui-même. Et un médecin coûte actuellement à l'Administration à peine plus cher qu'un infirmier !

Lorsque les Asiles auront des médecins plus nombreux, moins chargés de malades, mieux outillés et mieux rétribués, le problème thérapeutique sera résolu.

A vrai dire, cette division des Asiles en services pour malades aigus et en services pour malades chroniques semble un peu retarder aujourd'hui et ne suscite plus l'intérêt qu'elle soulevait il y a quelques années. Depuis la naissance des services ouverts, elle a perdu beaucoup de son intérêt.

Je le répète, si l'on tient à adopter le terme d'Hôpital, pour l'Asile conçu comme je viens de l'exposer brièvement, il n'y a à cela aucun inconvénient pourvu que ce mot ne soit pas suivi d'un qualificatif

imprudent. Il est légitime de qualifier de Clinique psychiatrique un Service d'enseignement destiné aux étudiants et aux médecins. Il est paradoxal d'inscrire le nom d'Hôpital psychiatrique sur le fronton d'un établissement d'assistance tout en déplorant que sa réputation de traiter les maladies mentales en éloigne la clientèle (1).

Il est par contre tout naturel de désigner cet hôpital par le nom d'un des grands aliénistes parisiens. Parmi ceux des médecins de l'Asile Ste-Anne aujourd'hui disparus, un nom émerge au-dessus de tous. Qui pourrait s'élever contre le nom d'Hôpital Magnan, et à l'aide de quels arguments ? Magnan est de ceux qui ont le plus honoré la Psychiatrie française. Peu après sa mort une proposition de donner son nom à l'Asile Sainte-Anne a déjà été déposée au Conseil Général de la Seine.

L'appellation d'Hôpital psychiatrique est indéfendable. Un acquiescement sur ce point nous paraissait évident. A défaut de cet acquiescement nous aurions volontiers pesé avec intérêt des arguments..... Ce n'est pas cela que nous avons lu. La cause est jugée, n'est-ce pas ?

René CHARPENTIER.

(1) Dans l'intéressant rapport présenté en octobre 1919 à la Société Médicale des Asiles de la Seine au nom d'une Commission composée de MM. Colin, Truelle, Vigouroux et Toulouse, rapporteur, M. Toulouse proposait d'appeler l'Asile Clinique : Hôpital Sainte-Anne. [Réorganisation de l'Hospitalisation des Aliénés dans les Asiles de la Seine, p. 8, Paris. Imprimerie Nouvelle (Association ouvrière), 11, rue Cadet, 1920].

UNE OBSERVATION D'INCUBE A LA RENAISSANCE

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON

Les observations médicales d'incubes au xvi^e siècle sont assez rares et méritent d'être rapportées : voici celles que nous avons relevées dans le recueil de Jean Schenck (1), médecin rhénan qui exerça son art à Strasbourg, puis à Fribourg-en-Brisgau, de 1554 à 1598.

La première de ces observations est l'œuvre d'un médecin nommé Jason, dont nous n'avons retrouvé le nom dans aucune biographie médicale ; la voici *in-extenso* :

Naguère un prêtre vint me trouver : « Seigneur, dit-il, si tu ne secoures pas un misérable affligé, c'en est fait de moi, je vais mourir, je suis déjà épuisé : ne vois-tu pas combien je suis amaigri et exsangue ; je suis à peine couvert d'une peau mince ; j'étais plein de santé et de bonne mine et voilà que je suis devenu une sorte de spectre hideux, comme le fantôme de moi-même. — Qu'est-ce qui te ronge, lui répondis-je, et quelle est à ton avis la cause de ta maladie ? — Presque toutes les nuits, une petite femme (*muliercula*) que je connais bien vient vers moi, se jette sur ma poitrine, puis, l'ayant embrassée, la serre fortement et comprime mes voies respiratoires jusqu'à ne me laisser respirer qu'avec grand peine. Si je veux crier, le cri s'arrête dans ma gorge. Si, à cause de la peur, je veux me lever, la chose est impossible. Je ne puis ni me servir de mes mains pour repousser son attaque, ni de mes pieds pour prendre la fuite, son étreinte victorieuse m'écrase. — Eh, dis-je, ce que tu me dis n'a rien d'extraordinaire (j'avais compris

(1) *Observationum medicarum rariorum, libri VII*, Lyon, 1644, de incubo, p. 122.

à son discours qu'il s'agissait d'un incube), c'est vraiment un fantôme, une illusion qui te tourmentent. — Il n'est question ni de fantôme, ni d'illusion, répondit-il ; je le jure de par Dieu, puisque je l'ai vue de mes yeux et touchée de mes mains ; je la revois à l'état de veille et même quand je suis maître de moi-même ; je m'efforce de lutter contre elle, mais à cause de la langueur, de la crainte, de l'angoisse (*angustia*) et d'une force contraire, je ne puis rien. Aussi, je cours de tous côtés comme un fou, j'interroge l'un et l'autre ; je leur demande s'ils ne connaissent pas le moyen de secourir un homme qui meurt misérablement. Je me suis adressé à quelques-uns des plus habiles, pour qu'ils m'apportent une aide efficace, mais mon espoir a été complètement frustré, je n'ai pas trouvé le salut ; et je n'avais plus à recourir, d'après les conseils à moi donnés, qu'à des prières ferventes adressées à Dieu (très bon et très grand) que j'avais déjà fatigué de mes instances pour qu'il daignât écarter de moi cette horrible épreuve. Un jour, j'ai été trouver une vieille femme, sage et avisée, réputée dans le pays : elle m'a dit qu'aussitôt le crépuscule, après avoir uriné, je devais couvrir le vase avec ma chaussure droite, car c'était de ce vase que le fantôme sortait à l'heure du maléfice. Cela me paraissait inutile et contraire à la religion ; pourtant, vaincu par la faiblesse et le chagrin de cette interminable épreuve, j'essayais ce moyen, et voici comment la prédiction de la vieille se réalisa ; à la maison, l'incube m'envoya des douleurs atroces dans la vessie, je fus menacé d'une rétention d'urine, malgré mes prières, à moins que je ne lui permis de revenir auprès de moi, pendant la nuit, suivant l'habitude déjà ancienne ; et en même temps, je me sentis étouffé par une angoisse atroce. » Aucun moyen n'avait donc réussi à calmer l'angoisse de cet homme, mais à la deuxième ou troisième consultation, il comprit la nature exacte de son mal, redevint gai et confiant dans sa guérison prochaine.

Une observation d'Horstius (1) précise le caractère

(1) Né à Torga (Allemagne), 1578 ÷ 1636.

de cauchemar (ἰσχυροῦς) de ces hallucinations d'incubes, dont le pronostic est quelquefois grave, car « nous lisons dans les histoires que des malades « ont été trouvés dans leur lit, tués par des fantômes ». Heurnius (1), dans son traité des maladies de la tête (cap. 21, p. 224), raconte qu'étant enfant, une femme, qui couchait près de lui, fut tourmentée par un fantôme noir, mais qu'il n'y crut pas malgré son jeune âge. L'incubat est contagieux, comme Cœlius Aurelianus l'avait noté; on l'attribuait à l'époque de Jean Schenck à « l'obstruction « par le suc mélancolique des vaisseaux qui unissent « la rate à l'estomac »; c'était alors une forme de délire rattachable à la mélancolie, à cause de son origine et de son aspect clinique.

Cœlius Aurelianus avait le premier considéré l'incubat comme une maladie (2); les symptômes en étaient les suivants: poids sur la région épigastrique, impuissance de se mouvoir, de respirer, ou exclamations confuses. Les malades avaient l'impression de quelqu'un qui s'abattait sur eux pour se livrer à d'infâmes débauches (*usum turpissimæ libidinis persuadentem*). Les fantômes sont insaisissables: au réveil, le médecin constate de la pesanteur de tête, une toux légère, de la pâleur. Le pronostic, d'après Cœlius, est parfois grave.

Il est intéressant de rapprocher la description du médecin numide, du temps des Antonins, de l'observation rapportée par Jean Schenck; celle-ci nous en paraît le commentaire. Entre l'époque antique et la Renaissance, les interprétations de l'incubat (*Ludibria Faunorum* de Pline, cité par Semelaigne) avaient été celles que l'on sait et sur lesquelles nous n'insistons pas. Pourtant, dès le xiv^e siècle, un exorciste, Jean Nidder, avait émis des doutes sur la nature exacte de ces phénomènes, comme le rapporte Calmeil, mais son exemple ne fut pas suivi. De 1554 à 1597, époque des tra-

(1) Né à Utrecht, 1543 ÷ 1601.

(2) SEMELAIGNE. — Etudes historiques sur l'aliénation mentale dans l'antiquité, Paris, Asselin, 1869, p. 161 et suiv.

vaux de Jean Schenck, c'étaient encore des savants isolés qui attribuaient l'incubat à des causes naturelles ; mais ils étaient de plus en plus nombreux. Pour les uns, comme Félix Plater, médecin de la cour pontificale, c'était le démon qui faisait apparaître une maladie, avec la permission de Dieu, d'autres, comme Sylvaticus, recommandaient de ne pas penser de suite aux démons, même si les remèdes ne réussissaient pas ; Fortunatus Fidelis, Porta, voyaient là, comme Jean Schenck, une forme de mélancolie (1). Dès 1564, Jean de Wier s'était fait le porte-drapeau de ceux qui prétendaient que tous les phénomènes occultes devaient être rattachés à l'aliénation mentale (2), et l'on sait avec quelle violence il fut attaqué par Bodin dans la *Démonomanie* (1581). Pourtant, le coup était porté et, peu à peu, les faits devaient être ramenés à leur cause exacte : au XVIII^e siècle, Dom Augustin Calvet, étudiant les cas d'incubat anciens, les attribuait « à l'effet d'une imagination troublée et sottement prévenue » (*Dissertation sur les apparitions*, Paris, de Bure, MDCCXLVI).

Aujourd'hui, parmi nos malades, nous ne retrouvons que très rarement des victimes d'incubes, mais dans les rares cas connus, comme celui que nous avons observé avec le P^r Georges Dumas chez une Grecque, le tableau clinique de Coelius Aurelianus, confirmé dans l'observation de Jason, rapportée par Jean Schenck vers 1585, est encore retrouvé dans ses grands traits avec l'angoisse si douloureuse, qui accompagne les hallucinations ou les illusions, au moins au début de l'incubat.

(1) Trav. de VALLON, GENIL-PERRIN sur Sylvaticus (*Arch. Anthropol. criminelle*, 1913), Zacchias (1912), Plater (*Rev. Psych.*, 1913).

(2) De dæmonum præstigiis et incantationibus, Bâle, 1564.

LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN D'ASILE

(PRINCIPES GÉNÉRAUX)

Par les Docteurs Julien RAYNIER et Henri BEAUDOUIN

Le médecin d'asile peut voir sa responsabilité engagée dans des circonstances très diverses. Il peut, comme tout médecin, avoir à répondre de dommages causés dans l'exercice de sa profession. Il peut, comme fonctionnaire que l'Administration charge de la direction et du traitement de malades susceptibles de réactions préjudiciables, soit à des tiers, soit à eux-mêmes, se voir mis en cause à l'occasion d'accidents causés par des aliénés à lui confiés, de fautes commises par le personnel sous ses ordres... voire même à propos de la rédaction de ses certificats.

C'est pourquoi, sans passer en revue toutes les espèces qui ont donné lieu à des poursuites, ou qui pourraient faire l'objet de litiges, il n'est pas inutile d'indiquer brièvement sur quels textes législatifs se fonde cette responsabilité, et de noter, avec quelques décisions de jurisprudences, les principes actuels grâce auxquels on pourra, dans un cas donné, faire la part des responsabilités encourues et des tribunaux qualifiés pour en juger. Nous le ferons sous trois rubriques principales : Responsabilité en général, responsabilité médicale, responsabilité spéciale aux médecins d'asile.

A. RESPONSABILITÉ EN GÉNÉRAL

En principe, tout citoyen est responsable des préjudices et dommages qu'il peut causer à autrui et tenu à réparation *civile* et *pénale*.

La *responsabilité civile* est déterminée par les articles 1382 et suivants du Code civil, qui distingue

plusieurs cas, suivant qu'elle résulte de son propre fait, du fait d'une autre personne, d'un animal ou d'une chose inanimée.

Les articles 1382, 1383, 1384, que nous reproduisons ci-après, nous intéressent seuls ici.

Art. 1382 (délict civil). — Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

Art. 1383 (quasi-délict civil). — Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence.

Art. 1384 (responsabilité civile). — On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait mais encore de celui qui est causé par le fait des *personnes dont on doit répondre* :

Le père, et la mère après le décès du mari, sont responsables du dommage causé par leurs enfants mineurs habitant avec eux. Les maîtres et les *commettants*, du dommage causé par leurs domestiques et *préposés* dans les fonctions auxquelles ils les ont employés.

Les instituteurs et les artisans, du dommage causé par leurs élèves et apprentis pendant le temps qu'ils sont sous leur surveillance. *La responsabilité ci-dessus a lieu à moins que les père et mère, instituteurs et artisans, ne prouvent qu'ils n'ont pu empêcher le fait qui donne lieu à cette responsabilité.*

(Loi du 20 juillet 1899) : Toutefois la responsabilité civile de l'Etat est substituée à celle des membres de l'enseignement public.

La responsabilité pénale, en ce qui nous intéresse particulièrement ici, est déterminée par le code pénal en ces termes :

Art. 319. — « Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans et d'une amende de 50 à 600 francs. »

Art. 320. — « S'il résulte du défaut d'adresse ou de précautions des blessures ou des coups, le coupable sera puni de 6 jours à 2 mois d'emprisonnement et d'une amende de 16 à 100 francs ou de l'une de ces deux peines seulement. »

B. RESPONSABILITÉ DES MÉDECINS

Le médecin dans l'exercice de sa profession n'échappe pas aux dispositions précédemment exposées de la responsabilité générale de tout citoyen. Cependant, force a été de reconnaître que cette responsabilité ne peut être que d'une nature particulière en raison des conditions spéciales de l'exercice de l'art de guérir, « art sujet à de multiples aléas » (Thoinot).

L'étendue de la responsabilité, qui eût sans cela été trop rigoureuse et paralysante, a dû être délimitée. Les limites en ont été tracées en une page restée célèbre du procureur général Dupin, à propos de l'affaire du D^r Thouret-Noroy, en 1835, et les décisions judiciaires ultérieures ont généralement confirmé son point de vue.

Les faits reprochés doivent n'être pas de ceux qui sont encore discutés au point de vue scientifique et la responsabilité n'est soumise aux règles du droit commun qu'en cas de négligence, de légèreté ou d'ignorance des choses que tout médecin doit nécessairement savoir (faute lourde).

Le Tribunal apprécie souverainement (expertises) si la faute incriminée est lourde ou légère (cassation 21 juillet 1862, D. 62, 1.49).

Nous nous contenterons ici de rappeler rapidement les circonstances engageant le plus souvent la responsabilité médicale (voir traités de médecine légale, de jurisprudence médicale, etc...), soit au point de vue civil, soit au point de vue pénal :

- Abandon du malade au cours du traitement ; refus de soins ;
- Actes commis en état d'ivresse ;
- Erreurs de doses dans l'administration de toxiques (les ordonnances) ;
- Opérations pratiquées sans le consentement du patient, ou sans celui des personnes ayant autorité sur lui (mineurs, aliénés... Voir, en particulier, sur ce sujet, Laurent, *Principes du droit civil*, t. XX, n° 916 ; Demolombe, *Obligations*, tome VIII, n° 439 ; le rapport de M. Betolaud et l'avis du comité consultatif de l'A. P. de Paris, 1900) ;

- Fautes opératoires lourdes ;
- Transmission involontaire de maladies infectieuses ;
- Transmission volontaire d'affections contagieuses (expérimentation) ;
- Certificats de complaisance ; certificats imprudents ; certificats avec déclarations fausses... (Voir aussi à ce sujet : Code pénal, art. 160 ; Code d'instruction criminelle, articles 85 et 86).

C. RESPONSABILITÉ SPÉCIALE DES MÉDECINS D'ASILE

Il ne suffirait pas, pour avoir une notion complète de la responsabilité spéciale aux médecins d'asile, de s'en tenir aux courtes considérations précédentes sur la responsabilité en général et sur la responsabilité médicale, même en ajoutant à ces renseignements quelques dispositions de la loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine (déclaration des maladies épidémiques, art. 15, complété par les articles 4 et 5 de la loi du 15 février 1902 sur la protection de la santé publique, le Décret et l'Arrêté ministériels du 10 février 1903), du Code civil (art. 55, 56, 57, déclaration des naissances ; art. 909, dons et legs au profit des médecins), du Code pénal (art. 378, secret médical). Ces considérations n'en gardent pas moins un grand intérêt et nous retrouverons l'occasion de les rappeler. Néanmoins il y a lieu de tenir un compte tout particulier des conditions spéciales propres à l'exercice des fonctions médicales asilaires.

Sans faire ici l'exposé des théories générales de la fonction publique il convient cependant de noter que le médecin d'asile est « un agent au service public » et que, comme tel, il se trouve dans une « situation légale et réglementaire », investi d'un ensemble de « pouvoirs et de devoirs déterminés par la loi et les règlements ».

Ces pouvoirs et ces devoirs semblables à ceux composant toute fonction publique doivent être mentionnés sommairement, car sur leur exercice se greffe une nouvelle notion de la responsabilité.

Ils comprennent la compétence (voir attributions), les avantages de la fonction (voir Décret 1922, traitements, statuts, garanties), les devoirs (exercice personnel de la fonction, interdiction d'exercer au dehors, résidence, secret professionnel, dévouement, bonne exécution des prescriptions légales et réglementaires) et ils ont pour corollaire l'institution d'une direction (instruction de service par les chefs hiérarchiques) et d'un contrôle (pouvoir disciplinaire).

La *responsabilité disciplinaire* ne peut être mise en jeu que si elle est entourée de dispositions protectrices (enquêtes, inspections, communication du dossier) et par ailleurs l'exécution des dispositions statutaires (nominations, attributions, etc...) est garantie par le droit de réclamation hiérarchique et le droit de recours juridictionnel devant le Conseil d'Etat.

Au nombre des cas où la responsabilité découle encore de la situation légale et réglementaire du médecin d'Asile, il faut placer au tout premier plan les situations visées par la loi de 1838 (*Responsabilité légale*).

Le règlement de 1857 prévoit :

« Art. 58. — Le médecin en chef remplit, sous sa *responsabilité*, toutes les obligations imposées aux médecins des établissements d'aliénés par la loi du 30 juin 1838... »

Aux termes mêmes de la loi :

« Art. 41. — Les contraventions aux dispositions des articles 5, 8, 11, 12, du second paragraphe de l'article 13 ; des articles 15, 17, 20, 21 et du dernier paragraphe de l'article 29 de la présente loi, et aux règlements rendus en vertu de l'article 6, qui seront commises par les chefs, directeurs ou préposés responsables des établissements publics ou privés d'aliénés, et par les *médecins* employés dans ces établissements, seront punies d'un emprisonnement de cinq jours à un an, et d'une amende de cinquante francs à trois mille francs ou de l'une ou de l'autre de ces peines.

« Il pourra être fait application de l'article 463 du Code pénal » (circonstances atténuantes).

Rappelons brièvement les prescriptions des articles de la loi visés par l'article 41 dont l'inobservation entraîne les *sanctions pénales* sus-indiquées :

Art. 5 : Autorisation pour l'ouverture d'un établissement privé.

Art. 8 : Formalités d'entrée en cas de placement volontaire.

Art. 11 : Certificat de quinzaine.

Art. 12 : Tenue du registre de la Loi.

Art. 13 : Sortie par guérison des malades placés volontairement.

Art. 15 : Avis de sortie donné au Préfet.

Art. 17 : Sortie des mineurs et interdits.

Art. 20 : Rapport semestriel.

Art. 21 : Maintien des malades après les ordres du Préfet.

Art. 29 : Requêtes adressées par les malades à l'autorité.

On verra aussi, à l'article 30 de la loi, les pénalités édictées contre les *Médecins-Directeurs*, en cas d'infraction aux ordres de sortie émanés du Préfet ou du Tribunal (détentions arbitraires, peines de l'article 120 du Code pénal).

La situation d'« agent au service public » du Médecin d'asile exerce aussi une influence que nous allons avoir à préciser dans l'examen qui va suivre des circonstances où se pose la question de la *Responsabilité pécuniaire*, dont le principe est basé sur les articles 1382, 1383 et 1384 du Code civil.

Le fonctionnement médical des asiles d'aliénés peut donner lieu à dommages causés aux malades (ou causés par les malades à des tiers) et imputables à des vices de réglementation, au mauvais aménagement des locaux, à des actes du personnel, à des négligences d'agents et de préposés..... ;

La responsabilité médicale est souvent mise en cause pour divers motifs (délits, quasi-délits, responsabilité civile) et l'a été ou peut l'être à l'occasion du traitement, d'une intervention chirurgicale, des visites (autorisation, interdiction, veto de la famille), de la violation du secret professionnel (v. étude spéciale ultérieure), d'erreurs dans l'opportunité d'un transfert, d'évasion, de suicides, d'accidents graves survenant à la suite de négligences (dépôts de toxiques dans les quartiers...) ; comme conséquence du *no-restraint* absolu ; ou au cours du travail (M. Halberstadt estime, contrairement à l'opinion de M. Claus, que l'aliéné contribuant par son travail à la prospérité de l'Asile devrait bénéficier des dispositions de

la loi sur les accidents du travail : d'où action possible en dommages, soit contre l'Administration, soit contre le médecin qui le désigne conformément à l'art. 59 du règlement)... ; d'actes dommageables commis par un malade au cours d'une sortie d'essai intempestive ou imprudente, etc...

Les annales judiciaires fournissent maints exemples de litiges de cet ordre. Pour n'en citer que quelques-uns : aliénés brûlés dans un bain (trib. de Lyon, 1897) ; suicides : par défénestration (Orléans, 13 juillet 1897), par pendaison dans les W.-C. (Paris, 1900) ; violences et voies de fait sur un malade camisolé (Cassation, 19 juillet 1905) ; évasion avec la complicité d'un infirmier, voies de fait du malade évadé (Dôle, 9 juillet 1897) ; incendie causé par un évadé (Clermont, Cour d'Amiens, 1907, Tribunal des conflits, 1908) ; évasion faute de surveillance (Agen, 16 mars 1872) ; erreur d'une religieuse préposée à la pharmacie...

Au cours de toutes les affaires portées devant les Tribunaux, dont on pourrait facilement multiplier les citations, plusieurs ordres de questions juridiques concernant la responsabilité se sont posées, *responsabilité personnelle des agents, responsabilité des administrations* (personnes morales), *responsabilité des médecins* (art. 1384), considérés comme devant « répondre » des aliénés confiés à leurs soins, des médecins-directeurs comme « commettants », des infirmiers et préposés.

La responsabilité de délits et quasi-délits civils résultant du fait d'infirmiers avait été imputée au Directeur à l'exclusion du département par un jugement du tribunal du Mans, du 13 mai 1896. Il en avait été de même d'un jugement du tribunal de Dôle du 9 juillet 1897, rapporté par M. Vallon (in-traité Gilbert Ballet : affaire Garnier) et accompagné de très intéressants commentaires. Ceux-ci ont perdu aujourd'hui de leur actualité par suite de l'évolution de la jurisprudence. Le célèbre arrêt Feutry (Tribunal des conflits, 1908) a marqué l'orientation nouvelle qui depuis s'est maintenue.

Il s'agissait d'une action en responsabilité intentée devant le Tribunal de première instance par un propriétaire dont les meules de foin avaient été incendiées par un aliéné évadé de l'asile de Clermont. Sur déclinatoire d'incompétence adressé par le Préfet, qui estimait que l'action relevait des tribunaux administratifs (faute administrative), le tribunal ne s'était pas dessaisi (compétence confirmée par la cour d'Amiens). « Le conflit avait dû être élevé » par arrêté préfectoral et porté pour attributions devant le Tribunal des conflits (garde des sceaux président, juges en nombre égal de conseillers d'Etat et de conseillers à la Cour de cassation élus par leurs collègues) qui rendait son arrêt le 29 février 1908 : Voir au recueil Lebon sous cet arrêt les conclusions de M. Tissier, commissaire du Gouvernement — dans *l'Informateur des Aliénistes*, l'article de M. Dugas sur la responsabilité civile des aliénés, 1908 — et la *Revue des Etablissements de bienfaisance*, 1908, p. 342.

La décision du Tribunal des conflits, intéressante à plus d'un titre, nous permet de retenir ici qu'elle a fixé la jurisprudence en se prononçant pour la compétence des tribunaux administratifs, et en décidant que la responsabilité pour faute administrative dans un asile public incombait au département, au même titre que la responsabilité incombe à l'Etat pour les services qu'il gère (voir plus haut, disposition légale concernant les instituteurs publics).

La référence de cet important arrêt, au sujet duquel nous avons eu à parler de tribunaux administratifs, de faute administrative, nécessite peut-être quelques explications pour ceux des médecins qui ne sont pas familiarisés avec les théories du droit public. Nous ne saurions d'ailleurs les donner, pour rester dans le cadre de ce court article, qu'en résumant les idées directrices de la jurisprudence actuelle en matière de responsabilité pécuniaire des administrations et des *agents au service public dans l'exercice de leurs fonctions*.

Il y a lieu de distinguer, pour résoudre le problè-

me, deux sortes de fautes : la faute personnelle, la faute administrative. La faute personnelle est la faute lourde, étrangère aux règlements (intention de nuire, cause déterminante illicite, erreur grossière) ou commise en violation grave des règlements. La faute administrative — ou faute de service — est celle dans laquelle la faute du fonctionnaire ne dépasse pas « les chances normales d'erreur que suppose l'exercice d'une profession ». Pour mieux préciser les idées, puisqu'il s'agit d'évasion, l'oubli de fermer les portes d'un service de sûreté, le total défaut de surveillance d'un délinquant à réactions violentes bien connues, seraient de nature à constituer la faute personnelle, tandis qu'au contraire l'évasion d'un malade dissimulateur, ayant apporté à sa préparation une adresse difficile à prévoir constituerait sans conteste une faute administrative ou faute de service ne pouvant engager la responsabilité pécuniaire personnelle de l'agent.

En ce qui concerne les questions de compétence judiciaire — effet du principe de la séparation des autorités administratives et judiciaires — lorsqu'il s'agit d'un délit ou quasi-délit ou de la responsabilité civile imputables à une administration (personne morale qui peut être responsable comme une personne physique), il semble que les tribunaux judiciaires sont incompétents quand la demande en réparation de préjudice, formée par un tiers se prétendant lésé, soulève des questions d'interprétation d'actes administratifs, d'organisation intérieure de l'établissement, d'appréciation du règlement. La jurisprudence se montre du reste plus disposée qu'autrefois à réserver l'examen de ces questions à la juridiction administrative (voir arrêt Feutry).

« En gros », on peut considérer actuellement que lorsqu'un acte, une négligence d'un agent au service public entraîne une demande en indemnité pécuniaire fondée sur un préjudice, et la réparation d'un dommage causé :

— Les fonctionnaires sont *personnellement res-*

ponsables envers la victime lorsqu'ils se sont rendus coupables d'une faute grave (faute lourde, *faute personnelle*) et les Tribunaux compétents pour accorder l'indemnité sont les *tribunaux judiciaires* ;

— L'Administration — *le département, pour les asiles départementaux*, — est responsable dans le cas où le dommage donnant lieu à indemnité ne résulte pas d'une faute personnelle et a pour cause une *faute administrative* (faute de service, faute légère, par opposition à la faute lourde qui constitue la faute personnelle) et les tribunaux compétents pour connaître de l'action en indemnité contre le département sont les *Tribunaux administratifs* (Conseil d'Etat statuant au contentieux).

Enfin, dans certains cas et sous certaines conditions, la responsabilité personnelle des agents et celle de l'Administration peuvent se cumuler ou se suppléer.

En résumé, la responsabilité civile et pénale du médecin d'Asile se pose dans l'exercice de sa profession médicale, comme dans l'exercice de ses fonctions propres de médecin d'Asile (responsabilité pénale en vertu de la loi de 1838, responsabilité de ses délits, quasi-délits, responsabilité civile).

Les limites, les bases de sa responsabilité (faute lourde ou personnelle, faute de service ou administrative), et les tribunaux compétents pour en connaître seront déterminés dans chaque cas en particulier en se reportant aux textes et aux considérations générales précédemment exposées. En tout état de cause, à propos de chaque affaire peut se surajouter la question de la responsabilité et des sanctions disciplinaires.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 FÉVRIER 1923

Présidence de MM. DUPAIN, ancien Président

ET

ANTHEAUME, Président

Assistent à la séance : MM. Allamagny, Beaudouin, Brousseau, Bussard, Collet, Dadaye, Demay, Logre, Minkowski, Vinchon, membres correspondants nationaux, et M. le Prof. Aug. Ley (de Bruxelles), membre associé étranger.

M. Dupain, ancien président, qui ouvre la séance en l'absence de MM. Antheaume, président, et Truelle, vice-président, adresse les félicitations de tous à MM. Arnaud et Séglas, récemment nommés chevaliers de la Légion d'honneur.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de janvier.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Deny, qui demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. [Cette proposition est adoptée à l'unanimité des membres présents].

une lettre de M. le D^r Belarmino Rodriguez, professeur adjoint à la Faculté de Médecine de Barcelone, qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger. (Une commission composée de MM. Toulouse, René Charpentier et Raynier, rapporteur, est désignée pour examiner cette candidature. L'élection aura lieu à la séance de mars).

une lettre de M. le D^r Rodiet qui, devant la candidature de M. Georges Dumas, retire sa candidature à la place de membre titulaire actuellement vacante et la réserve pour la prochaine place qui sera déclarée vacante.

Rapport de Candidature

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, Au nom d'une Commission composée de MM. Arnaud, Chaslin, Henri Colin, Toulouse et René Charpentier, je dois vous lire un rapport exposant les titres des candidats à la place vacante de membre titulaire de la Société Médico-psychologique.

Une seule place a été déclarée vacante. Un seul candidat, devant lequel d'autres candidatures ont estimé devoir s'effacer, se présente à vos suffrages. Ce candidat est M. le Professeur Georges Dumas.

Sans doute serez-vous surpris d'apprendre que M. Georges Dumas, membre correspondant national de la Société depuis le 28 juillet 1890, c'est-à-dire depuis bientôt trente-trois ans, ne compte pas encore au nombre de ses membres titulaires ? Et mon exposé pourrait s'arrêter là.

Pour me conformer à l'usage, je rappellerai brièvement ses titres universitaires et quelques-uns des plus importants parmi ses nombreux travaux de psychologie et de psychiatrie.

Agrégé de philosophie en 1889, Docteur en médecine en 1899, Docteur ès lettres en 1900, Chargé de Cours à la Sorbonne en 1902, professeur-adjoint en 1910, M. Georges Dumas est professeur titulaire à la Faculté des Lettres depuis 1913.

Directeur du *Journal de Psychologie*, Professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, il est, depuis 1896, directeur du laboratoire de psychologie de la Faculté de Médecine à l'Asile Clinique (Ste-Anne).

Parmi ses travaux de psychologie, qu'il me soit permis d'énumérer rapidement : la *Philosophie de Tolstoï* (1893), la présentation et la traduction de l'étude psychophysiologique de Lange sur les *Emotions* (1894) et de la *Théorie de l'Emotion*, de William James (1895), la *Psychologie de deux Messies positivistes : Auguste Comte et Saint-Simon* (1900), *Auguste Comte et la psychologie de son temps* (1900), les belles études sur *La Tristesse et la Joie* (1900) et sur *Le sourire et l'expression des émotions* (1906).

Plus spécialement consacrés à la Médecine mentale sont les travaux de M. Georges Dumas sur les *Etats intellectuels dans la mélancolie* (1894), la *Contagion mentale* (in *Revue de Philosophie*), ses travaux aussi sur la neuro-psychiatrie de guerre, réunis en un volume intitulé : *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre* (1919). Ce travail condense en 225 pages l'expérience acquise comme médecin-chef d'un centre neuro-psychiatrique d'armée et comme expert psychiatre près les Conseils de guerre. Il fait suite à un volume publié en collaboration avec M. H. Aimé : *Névroses et psychoses de guerre chez les Austro-Allemands* (1918). Dans le *Journal de Psychologie* ont paru de nombreux articles de psychologie pathologique sur la *contagion entre aliénés*, la *psychologie de la psychose hallucinatoire chronique*, la *psychologie du dément précoce*, etc.

Enfin, dans le *Traité de Psychologie* qui va paraître incessamment à la librairie Alcan, se trouve un important ouvrage de 250 pages, de M. Georges Dumas, sur la *Psychologie des maladies mentales*.

Cette sèche et incomplète énumération, conforme aux règles imposées à vos rapporteurs, est bien insuffisante à exprimer l'activité scientifique de M. Georges Dumas. Vous connaissez tous les qualités et le succès de son enseignement, en Sorbonne et au laboratoire de la Clinique des Maladies mentales de la Faculté de Médecine. Le Professeur Georges Dumas est de ceux qui démontrent par leur enseignement que les problèmes les plus abstraits, les questions les plus complexes peuvent, sans rien y perdre, être exposés dans la langue la plus pure, avec la terminologie la plus claire. L'élégance de la forme et la clarté des idées n'excluent ni l'étendue des connaissances, ni la finesse du jugement ni la profondeur de la pensée.

M. Georges Dumas a formé de nombreux élèves, dont certains sont aujourd'hui devenus des maîtres, auxquels il a enseigné à vérifier et à compléter les lois de la psychologie normale à l'aide des résultats de l'expérimentation et des observations de la pathologie mentale, à appliquer aussi à l'étude des troubles

mentaux les connaissances de la psychologie normale. C'est à lui que la psychiatrie est redevable en grande partie de l'attrait qu'elle exerce et des travaux qu'elle suscite en France chez tant d'esprits distingués, agrégés de philosophie, docteurs ès lettres, qui n'ont pas craint, pour en aborder l'étude avec plus de compétence, de s'imposer l'effort d'ajouter à leurs travaux la longue scolarité du Doctorat en Médecine.

N'est-ce pas ce qui fait l'intérêt de notre spécialité, si incertaine encore en ses acquisitions, mais si vaste par ses applications individuelles et sociales, que de soulever à chaque pas des problèmes qui ne peuvent être envisagés qu'à la lumière des autres sciences. La psychiatrie ne peut se passer aujourd'hui de la physiologie, de la biologie, de l'anatomie pathologique ni d'aucune des sciences médicales. Mais la connaissance de la psychologie normale est aussi importante à l'étude des altérations de l'esprit que la connaissance du fonctionnement d'un organe est indispensable à l'étude de sa pathologie.

Votre Commission, Messieurs, est unanime à vous demander de nommer M. Georges Dumas membre titulaire de la Société Médico-Psychologique. Notre Société s'honorera de le compter parmi ses membres. L'accueil qui lui sera fait ici montrera la part que vous lui réservez dans vos travaux et tout ce que nous attendons de sa collaboration.

Election. — M. le Professeur Georges Dumas est élu membre de la Société à l'unanimité des 27 suffrages exprimés.

Recherches sur la pression artérielle chez les épileptiques

Par MM. L. MARCHAND et E. ADAM

Nous apportons à la Société les résultats de nos recherches, entreprises depuis plusieurs mois, sur la pression artérielle des épileptiques.

Pour aboutir à des résultats aussi précis que possible, nous avons procédé de la façon suivante.

La pression artérielle a été prise avec l'oscillomètre de Pachon. Le sujet était assis, l'avant-bras posé sur une table, l'appareil placé au même niveau que l'avant-bras portant le manchon compresseur.

Nous avons examiné tous les sujets atteints d'épilepsie dite idiopathique qui se sont présentés à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie Mentale ; nous avons ensuite choisi trois malades du service de l'un de nous et nous avons pris leur tension tous les jours pendant un certain laps de temps. Nous avons ainsi étudié l'état de la pression artérielle en dehors des crises et ses modifications en rapport avec les accidents paroxystiques.

I. Pression artérielle en dehors des accidents convulsifs

L'étude de la pression sanguine chez les épileptiques en dehors des accidents paroxystiques a fait l'objet de nombreux travaux dont les conclusions contradictoires peuvent être ainsi résumées.

1° La pression est exagérée [Marro (1), Valtorta (2), Astwatzatourow (3), Ohannessian (4), Besta (5), Lallemand et Rodiet (6)].

Valtorta ne trouve aucun rapport entre la pression plus ou moins supérieure à la normale avec l'âge des sujets ou la gravité de la maladie. Au contraire, pour Ohannessian, la pression est d'autant plus élevée que les sujets sont plus âgés, et il trouve que le cœur de l'épileptique est ordinairement hypertrophié. Besta

(1) G. MARRO. — La pression sanguine chez les épileptiques. *Ann. di fren. e scien. affini.*, mars 1901.

(2) D. VALTORTA. — Cité par Hartenberg, *Presse méd.*, 20 oct. 1920.

(3) ASTWATZATOUROW. — Pression du sang dans l'épilepsie. *Obozrenie Psych.*, X, 8-9, 1905.

(4) B. OHANNESSIAN. — La pression du sang chez les épileptiques. *Il Morgagni* an XLIX, N° 11, nov. 1907.

(5) BESTA. — Recherches sur la pression sanguine, le pouls et la température des épileptiques. *Riv. Sperim. di freni. e med. leg. delle alien. ment.*, N° 1 et 3, 1906.

(6) E. LALLEMAND et A. RODIET. — Des modifications de la tension artérielle chez les épileptiques. *Encéph.*, 10 nov. 1909, p. 414.

arrive à la conclusion que la pression est plus élevée que chez les individus normaux, mais elle présente de grandes irrégularités, les variations allant de 50 à 60 mm. de mercure sans cause apparente. Lallemand et Rodiet déduisent de l'ensemble de leurs examens que la tension est habituellement élevée.

2° La pression est inférieure à la normale. Cette opinion est soutenue par R. Voisin et Rendu (1).

3° La pression est normale [Rhode (2), et on ne peut compter sur ses modifications pour prévoir les crises Hartenberg (3)].

Pour établir ce premier point nous avons noté la pression sanguine chez 43 épileptiques ; cet examen a eu lieu entre 3 et 4 heures de l'après-midi. Nous résumons dans le tableau ci-dessous les diverses pressions observées.

Pression maxima	Nombre de cas	Pression minima	Nombre de cas
32 (cardiopathie).	1	17 (cardiopathie).	1
19 —	2	11 —	4
18 —	2	10 —	12
17 —	5	9 —	14
16 —	7	8 —	8
15 —	6	7 —	4
14 —	10		
13 —	4		
12 —	3		
11 —	2		
10 —	1		
Total	43	Total	43

En ne tenant pas compte du cas se rapportant à un sujet atteint de cardiopathie et présentant une pression maxima de 32 c. et une minima de 17 c., les pressions maxima ont varié entre 10 c. et 19 c., les minima entre 7 c. et 11 c. Les pressions minima les plus

(1) R. VOISIN et A. RENDU. — La pression sanguine dans l'épilepsie essentielle. *Gaz. des Hôp.*, 21 juin 1910.

(2) RHODE. — *Centralb. f. Nervenheilk. und psych.*, Vol. XXXII, p. 286.

(3) HARTENBERG. — La pression artérielle chez les épileptiques. *Presse Méd.*, n° 76, 20 oct. 1920, p. 748.

communes ont été de 8 c., de 9 c. et de 10 c. ; les pressions maxima se répartissent sur un plus grand nombre de chiffres, les plus nombreuses étant de 13 c. à 17 c.

On peut conclure que chez les épileptiques la pression minima est généralement normale. La pression maxima est tantôt normale, tantôt inférieure ou supérieure à la normale.

Si maintenant nous prenons les chiffres extrêmes, nous voyons que l'épilepsie dite idiopathique peut se rencontrer aussi bien chez les individus ayant une pression minima basse (7 c.) que chez les sujets ayant de l'hypertension (19 c. et 32 c.). Les pressions différentielles ont varié entre 1 c. et 15 c., les plus communes sont comprises entre 3 c. et 11 c.

L'amplitude des oscillations a été très différente également suivant les sujets. Chez certains, l'amplitude est considérable, chez d'autres et principalement chez certaines femmes, elles sont si peu étendues qu'il est difficile de déterminer la pression minima.

Les variations individuelles de la pression artérielle des épileptiques ont été recherchées chez trois malades femmes ayant environ 5 à 10 crises par mois. Nous avons relevé les maxima et les minima à la même heure (entre 10 et 11 heures du matin) respectivement pendant 96, 67 et 66 jours consécutifs. Nous résumons nos résultats dans les tableaux ci-dessous.

1^o Mme T., 96 jours d'observation.

Pression maxima	Nombre de fois	Pression minima	Nombre de fois
17	1	9	6
16	4	8	37
15	5	7	46
14	22	6	6
13	30	5	1
12	19		
11	11		
10	4		
Total	96	Total	96

2^e Mme B., 67 jours d'observation.

Pression maxima	Nombre de fois	Pression minima	Nombre de fois
17	1	10	1
16	2	9	11
15	10	8	23
14	19	7	25
13	17	6	6
12	10	5	1
11	6		
10	2		
Total.....	67	Total.....	67

3^e Mme L., 66 jours d'observation.

Pression maxima	Nombre de fois	Pression minima	Nombre de fois
18	3	10	3
17	2	9	5
16	7	8	21
15	12	7	29
14	22	6	3
13	13	5	5
12	3		
11	4		
Total.....	66	Total.....	66

Chez deux malades, les maxima ont varié entre 10 c. et 17 c. ; chez l'une les pressions les plus fréquentes sont comprises entre 11 c. et 14 c. ; chez l'autre entre 12 c. et 15 c. Chez la troisième épileptique, les maxima varient entre 11 c. et 18 c., avec prédominance des pressions entre 13 c. et 15 c.

Les pressions minima ont oscillé chez une malade entre 5 c. et 9 c., chez les deux autres entre 5 c. et 10 c. Chez les trois malades les pressions les plus fréquentes ont été de 7 c. et de 8 c.

Quant aux amplitudes des oscillations, elles ont différé aussi dans d'assez grandes proportions. Chez l'une de nos malades elle atteignait parfois 2 divisions du Pachon, d'autres fois une demi-division seulement.

La pression différentielle a présenté de très grandes

variations. Nous donnons ci-dessous pour chacune de nos malades les deux pressions différentielles les plus fortes et les deux pressions différentielles le plus faibles relevées pendant les périodes de nos observations.

	Dates	Minima	Maxima	Pression différentielle
1 ^o Mme T.	27 nov. 1922 ...	8	16,5	8,5
—	26 janv. 1923...	9	17	8
—	15 oct. 1922....	8	11,5	3,5
—	16 nov. 1922....	7	10	3
2 ^o Mme B.	6 oct. 1922.....	5,5	14	8,5
—	31 oct. 1922.....	7,5	17	9,5
—	26 oct. 1922.....	9	12,5	3,5
—	20 nov. 1922....	10	13	3
3 ^o Mme L.	31 oct. 1922.....	5,5	15	9,5
—	18 nov. 1922.....	8,5	18	9,5
—	13 oct. 1922.....	7,5	11,5	4
—	19 oct. 1922.....	7	11	4

Ainsi nous voyons la pression différentielle être chez la première malade, à quelques jours d'intervalle, tantôt de 8 c. 5, tantôt de 3 c. ; chez la deuxième de 9 c. 5 et de 3 c. ; chez la troisième de 9 c. 5 et de 4 c.

Nous arrivons ainsi aux mêmes conclusions que celles concernant l'ensemble des pressions relevées chez nos 43 épileptiques.

Chez un même sujet, la pression artérielle peut varier d'un jour à l'autre dans de notables proportions, que l'on considère les minima ou les maxima. Mêmes variations dans les amplitudes des oscillations et dans les pressions différentielles.

Nous avons aussi cherché quelle était l'influence de la pilocarpine et de l'adrénaline sur la pression artérielle d'une épileptique.

Notre malade a reçu à la même heure (8 heures), pendant 13 jours consécutifs (du 5 au 18 décembre 1922), une injection de 0 g. 01 de sulfate de pilocarpine pendant les trois premiers jours et de 0 g. 02 pendant le reste de la période. Nous avons noté la

pression avant l'injection, puis 30 minutes, 2 heures et 7 heures après l'injection. Nous n'avons relevé aucune modification importante de la pression sanguine. Cependant, 30 minutes après l'injection, nous constatons le maximum d'effets de la pilocarpine (salivation, transpiration abondante, larmoiement, polyurie, hoquet parfois, congestion de la face).

La même malade a reçu pendant 7 jours consécutifs (du 9 au 15 janvier 1923) un milligramme d'adrénaline par jour en injection sous-cutanée pendant les trois premiers jours et deux milligrammes pendant les autres jours. La pression a été prise immédiatement avant l'injection, puis 5 minutes, un quart d'heure, une demi-heure et deux heures après l'injection. Les modifications les plus importantes se sont produites 5 minutes après l'injection et ont porté sur la tension maxima, qui s'est élevée suivant les jours de 3 c. à 5 c., tandis que l'augmentation de la tension minima ne dépassa pas un centimètre. Une demi-heure après et, plus rarement, deux heures après l'injection, la pression maxima était encore notablement plus élevée que la pression prise avant l'injection. Notons enfin que les oscillations présentèrent également une augmentation considérable de leur amplitude.

II. Pression artérielle en rapport avec les accidents convulsifs

Les auteurs qui ont pu mesurer la pression artérielle avant les accès diffèrent d'opinion sur son état. Marro, R. Voisin et A. Rendu la trouvent peu modifiée. J. Voisin et Petit (1), Duncan Greenbes (2) la trouvent diminuée ; Féré (3), Sérieux et Marinesco (4), Maurice

(1) J. VOISIN et PETIT. — De l'intoxication dans l'épilepsie, *Arch. de Neurol.*, E. XXIX, 1895, p. 359.

(2) DUNCAN GREENBES. — Observations sphymographiques sur le pouls des aliénés. *The Journ. of ment. Sec.*, janv. 1887.

(3) FÉRÉ. — Observations faites sur les épileptiques à l'aide du sphymomètre de M. Bloch. *Soc. de Biol.*, 26 mai 1888.

(4) SÉRIEUX et MARINESCO. — Essai sur la pathogénie et le traitement de l'épilepsie, 1895.

de Fleury (1), Lallemand et Rodiet, Astwatzatourow notent une augmentation. Cette augmentation, pour Féré, varie de 50 g. à 150 g. et même 200 g. « Au moment de l'accès, dit Maurice de Fleury, la pression s'élève toujours au-dessus de 21 à 22 c. de mercure, et souvent jusqu'à 26, 27, 28. Cette hypertension précède de plusieurs heures, quelquefois de deux ou trois jours l'éclat des phénomènes convulsifs. » Bouttier (2), qui a surtout étudié la pression artérielle au cours de l'état de mal, a l'impression qu'il y a avant la crise une hypertension passagère. Par contre, Besta, Gibson, Good et Penny (3), qui ont étudié la pression sanguine au moyen de tracés, n'ont jamais noté de modifications appréciables de la pression artérielle avant les accès. Notons enfin que Laignel-Lavastine et Logre (4), chez un sujet artério-scléreux, au début même d'une crise du type jacksonien, ont vu la tension sanguine s'abaisser à 0.

Pendant la période des convulsions toniques, l'hypertension artérielle serait la règle (A. Voisin, Féré, Ohannessian, Valtorta, Lallemand et Rodiet); toutefois, pour R. Voisin et A. Rendu, cette hypertension serait légère et non comparable à celle que l'on constate dans l'éclampsie. Pendant la phase clonique, la tension artérielle, d'abord très élevée, comme pendant la période tonique, diminue à mesure que la respiration reprend son rythme. L'augmentation de la pression sanguine n'est pas proportionnée à la durée et à l'intensité de la période convulsive.

Après la crise, la tension artérielle est trouvée élevée par J. Voisin et Petit, tandis que d'après Féré (5) il se produit un abaissement très notable de la pression qui peut encore exister à un certain degré sept à huit heures après l'accès.

(1) MAURICE DE FLEURY. — Manuel pour l'étude des maladies du système nerveux. Alcan, 1904, p. 881.

(2) H. BOUTTIER. — L'état de mal épileptique. Questions neurologiques d'actualité, 1922, p. 500.

(3) GIBSON, GOOD et PENNY. — Le pouls immédiatement avant la crise épileptique. *Quarterly Journ. of Med.*, vol. 4, N° 13, 1910, p. 1.

(4) LAIGNEL-LAVASTINE et LOGRE. — *Soc. de Psych.*, nov. 1919.

(5) FÉRÉ. — Les épilepsies et les épileptiques, 1890, p. 217.

Ces divergences dans les résultats s'expliquent facilement. De telles recherches sont forcément très rares, car elles ne peuvent être favorisées que par le hasard. Au cours de nos recherches, nous avons eu deux fois la chance de prendre la tension artérielle quelques minutes avant le début d'une crise isolée. Nous avons ensuite comparé ces chiffres avec ceux relevés immédiatement après la disparition des convulsions. Il nous a été impossible de noter la tension sanguine pendant la période convulsive.

OBS. I. — Mme P., 20 ans. Début de l'épilepsie à 15 ans.

Pression artérielle cinq minutes avant une crise	+13	—8	(Oscil. : 2 divisions).
Pression artérielle immédiatement après la cessation des convulsions	+16	—7	(Oscil. : 4 div. 1/4).
Pression artérielle 15 minutes après la crise	+15	—9	(Oscil. : 3 div. 1/2).
Pression artérielle 1 heure après la crise	+13,5	—9	(Oscil. : 2 div.).

OBS. II. — M. L., 38 ans. Début de l'épilepsie à 19 ans.

Pression artérielle 5 minutes avant une crise	+12,5	—9.
Pression artérielle immédiatement après la disparition des convulsions	+15	—9.
Pression artérielle le lendemain à la même heure	+12,5	—8,5.

Nous avons pris également chez deux autres sujets la tension immédiatement après une crise. Ces examens, quoique moins précis que les précédents, ont permis également de constater les variations de la pression par comparaison avec celle relevée à la même heure la veille et le lendemain de la crise.

Mme B., âgée de 42 ans. Début de l'épilepsie à 29 ans.

Pression artérielle le 30 octobre	+14	—8.
Pression artérielle le 31 octobre, dix minutes après une crise	+17	—7,5.
Pression artérielle le 1 ^{er} novembre	+15	—8.

<i>M. T...</i> , âgé de 54 ans. Début de l'épilepsie à 22 ans.		
Pression artérielle le 25 janvier	+15	—8.
Pression artérielle le 26 janvier, cinq minutes		
après une crise	+17	—9.
Pression artérielle le 27 janvier	+13	—8.

Ces observations montrent nettement que, quelques minutes avant la crise d'épilepsie, on ne note aucune modification de la pression artérielle, qu'après la crise on constate une augmentation notable de la pression systolique sans changement de la pression diastolique, que cette hypertension n'a qu'une courte durée et qu'elle est accompagnée d'une augmentation nette des amplitudes des oscillations.

Nous terminerons cette étude en exposant les remarques que nous avons faites chez un sujet âgé de 38 ans atteint de confusion mentale délirante postparoxystique. Nous avons noté chaque matin à la même heure la pression artérielle ; nous avons relevé chez ce malade des pressions systoliques variant d'un jour à l'autre de 16 c. à 22 c. et des pressions diastoliques de 7 c. à 10 c. Après retour de la lucidité, ce sujet avait une pression maxima de 19 et une minima de 10. Ici encore les variations les plus nettes ont porté sur les pressions maxima.

Nous résumerons ainsi les résultats de nos recherches.

En dehors des accès, la pression minima chez un grand nombre d'épileptiques est généralement normale. La maxima ne répond à aucune règle ; elle est tantôt normale, tantôt inférieure ou supérieure à la normale.

L'épilepsie peut s'observer aussi bien chez des sujets ayant une tension basse que chez des sujets hypertendus. La pression différentielle et l'amplitude des oscillations varient suivant chaque cas.

Chez un même sujet, la pression sanguine, la pression différentielle, les amplitudes des oscillations peuvent varier d'un jour à l'autre dans de notables proportions.

Chez les individus normaux, les pressions maxima

et minima prises dans les mêmes conditions d'observation, se font dans des limites d'oscillations caractéristiques pour chaque individu. Chez les épileptiques, les pressions maxima et minima présentent des variations beaucoup plus étendues.

Chez une épileptique soumise à l'épreuve de la pilocarpine (excitant du vague) pendant 13 jours consécutifs, nous n'avons pas noté de modifications importantes de la pression sanguine.

Chez la même malade, soumise à l'épreuve de l'adrénaline (excitant du sympathique), pendant 7 jours consécutifs, nous avons observé pendant une heure, quelquefois pendant deux heures après l'injection une augmentation considérable de la pression maxima et de l'amplitude des oscillations sans modification notable de la minima.

Avant les crises, la tension artérielle ne présente aucune modification. Immédiatement après la cessation des mouvements convulsifs, nous avons noté une augmentation nette, mais fugace, de la pression systolique et de l'amplitude des oscillations.

Cette constatation est importante car elle permet de supposer que les modifications de la pression artérielle, n'apparaissant qu'après la crise, sont déterminées par la crise elle-même et ne jouent pas un rôle important dans la pathogénie de l'accès épileptique.

A propos de quelques cas d'onirisme à prédominance auditive

Par MM. LOGRE ET BROUSSEAU

(Travail de la Clinique psychiatrique de la Faculté de Médecine de Paris)

A la suite de Lasègue, il est classique d'admettre que « le délire alcoolique est un rêve » et que, comme le rêve, il se compose essentiellement d'hallucinations visuelles et, accessoirement, d'hallucinations auditives. Le cauchemar de l'alcoolique subaigu est, d'ordinaire, un drame presque entièrement silencieux. C'est pour-

quoi, en clinique courante, lorsqu'on parle d'hallucinations oniriques, on pense d'abord, et volontiers, uniquement à des hallucinations visuelles.

On admet aussi que certains sujets prédisposés sont aptes sous l'influence de l'alcool, à concevoir des délires plus ou moins systématisés de persécution, de jalousie, de culpabilité, etc., avec hallucinations auditives prédominantes. Mais on tend à distraire ces faits du cadre de l'onirisme, avec lequel, d'ailleurs, ils peuvent se mêler, surtout au début des accidents ; et tandis que l'onirisme, surtout visuel, rétrocede en général assez vite par la diète d'alcool, il arrive, au contraire, le plus souvent, que le délire en rapport avec les hallucinations auditives survive à la confusion du début, persiste des mois et même des années et aboutisse enfin, dans un certain nombre de cas, à une psychose hallucinatoire chronique.

Si vraies que soient, pratiquement, en maintes circonstances, ces deux notions (délire hallucinatoire visuel signifie onirisme, réaction d'origine toxique et de durée éphémère — délire hallucinatoire auditif exprime une réaction d'origine constitutionnelle, de durée souvent longue avec tendance à la systématisation et à la chronicité), il n'est cependant pas très rare de rencontrer des cas d'onirisme, en particulier d'onirisme alcoolique, dans lesquels la proportion ordinaire entre les troubles visuels et les troubles auditifs se trouve inversée. Et cependant, comme le montrent l'analyse clinique et l'évolution, il s'agit là encore, purement et simplement, d'onirisme passager, mais d'onirisme auditif. Le rêve morbide, comme il arrive quelquefois, surtout chez certains sujets, dans le rêve normal, a mis particulièrement à contribution le sens de l'ouïe. Il est intéressant d'insister sur l'existence de ces onirismes auditifs et de rechercher les caractères de ces hallucinations auditives, à évolution bénigne, qui risqueraient cependant de faire croire trop aisément à un début de psychose hallucinatoire prolongée ou chronique.

Nous vous proposons tout d'abord les observations les plus typiques :

OBS. I. — Henri Fr..., âgé de 38 ans, est amené à l'I. S. le 9 juillet 1922. On note, sur fonds d'alcoolisme chronique, un état de dépression anxieuse avec terreurs nocturnes. Sentiment de poursuite incessante. Depuis 6 jours, des voix d'inconnus, « ils sont au moins une trentaine », l'accusent de pédérastie, l'injurient, complotent de le tuer ; à côté de cette riche floraison d'hallucinations auditives verbales ne se manifeste aucune hallucination visuelle. Fr... a déjà été interné en 1915, pendant 1 mois, pour alcoolisme et dépression, avec idées de persécution. Depuis il a gardé ses habitudes toxiques, dont il présente tous les stigmates physiques. Point particulier : Fr..., à l'occasion de cet épisode onirique, fait une récurrence d'un bégaiement apparu pour la première fois en 1916, après qu'il eût été enseveli à Verdun par un obus. Ce trouble du langage dura, à cette époque, pendant 3 mois, reparut une seconde fois lors de l'émotion ressentie à la mort de sa femme ; il se manifesta pour la 3^e fois en même temps que les accidents subaigus toxiques et s'effaça chez nous en quelques semaines ; mais, dès le certificat de quinzaine, on constatait la disparition complète de l'onirisme auditif et la réduction progressive des convictions délirantes.

OBS. II. — De même, G... fut interné le 16 août 1922 par le Dr Heuyer. Depuis 15 jours, des gens veulent le tuer ; ils le poursuivent sans cesse, criant : « il est là, il est là » et, pour leur échapper, il voulut se précipiter par la fenêtre, puis se jeter sous un tramway. Pas d'hallucinations visuelles, mais seulement quelques illusions. L'alcoolisme est évident et avoué. Après quelques journées d'agitation anxieuse, au cours desquelles il brise des meubles, frappe un infirmier, les hallucinations auditives disparaissent, suivies peu après des interprétations délirantes ; Gr... sort en liberté au bout de six semaines.

OBS. III. — L... est reçu le 4 juillet 1922 à l'I. S. Il se présente en plein accès d'alcoolisme subaigu. Il est poursuivi par une bande d'ennemis qu'il est étonné d'entendre sans les voir, mais qui s'acharnent depuis quinze jours à le persécuter de leurs conseils ou de leurs ordres. On lui dit des grossièretés, on le menace, on l'accuse de trahison pendant la guerre ; enfin, comme il devait être brûlé s'il ne se pendait pas, il préfère se pendre à la porte d'une écurie. Mais la corde est à peine serrée qu'il se dépend tout seul, et les voix se moquent de lui pour s'être laissé faire. Dès le lendemain, à Ste-Anne, les

hallucinations auditives sont plus rares ; il n'a jamais eu d'hallucinations visuelles, tout au plus quelques illusions ; puis il commence à se demander si tous ses malheurs ne viennent pas de ce qu'il avait trop bu et, trois jours après l'internement, les hallucinations auditives disparaissent définitivement. Peu après s'effacent également les idées d'auto-accusation. En 15 jours tout est rentré dans l'ordre. L... sort le 16 septembre, après 6 semaines de travail normal et régulier aux services de l'Asile.

OBS. IV. — Sur la plainte de sa femme, L. G..., journalier, âgé de 36 ans, est envoyé, le 19 juillet 1922, à l'I. S. où il est observé par M. Heuyer. Il est confus et manifeste, pendant la nuit surtout, une anxiété très grande. On veut le tuer à coups de couteau ou de revolver ; sa femme le trompe avec ses ennemis. Ce sont ses anciens camarades ; il reconnaît leurs voix. Depuis quinze jours, ils se sont mis à parler de lui, à formuler des menaces ; il leur répond, se précipite une nuit dans le jardin, où il a cru les voir, et s'arme pour se venger. On trouve sur lui deux revolvers non chargés. De plus, cet homme s'accuse d'avoir volé nombre de petits objets à la cartoucherie de Vincennes, où il était employé. Mais, dès l'arrivée à l'I. S., la conviction morbide est ébranlée ; L. G... se demande si tout cela est bien vrai, s'il a bien entendu ce qu'il croit avoir entendu.

A Ste-Anne, le lendemain, il admet la possibilité d'une maladie, au cours de laquelle, selon sa propre expression, il aurait fait ce rêve. En quelques jours, la confusion s'atténue, puis disparaît, l'onirisme auditif subit la même régression et, peu après, se réduisent aussi les idées d'auto-accusation. Le certificat de quinzaine mentionne la guérison complète de tous les troubles psycho-sensoriels et délirants : L. G. n'offre plus que les stigmates physiques d'une intoxication alcoolique de longue date, parfaitement reconnue d'ailleurs. C'est alors que l'on peut explorer les modalités particulières de ses fonctions psychiques : et on apprend que ses rêves sont avant tout composés de conversations, tandis que son imagerie visuelle est relativement pauvre. De même, l'effort de réflexion, la mise au point d'un projet s'accompagnent très nettement de demandes et de réponses mentalement articulées.

OBS. V. — Armand M..., ébéniste, âgé de 51 ans, entre volontairement à Ste-Anne, le 17 mars 1922. Il est injurié

par des gens qu'il ne connaît point ; ils savent toutes ses pensées, lui donnent des ordres brefs, par exemple : « casse un carreau et on te laissera tranquille ». Cela dure depuis deux mois ; en même temps, ses nuits furent troublées de cauchemars de caractère professionnel, et souvent terrifiants, avec poursuites, visions de bêtes, etc.

A l'hôpital, il se défend comme il peut, cherche à décourager ses adversaires en ne leur répondant point. Ainsi, dit-il, ils finissent par le laisser en paix. C'est qu'en effet, M... a déjà à ce propos une expérience chèrement acquise. Il est entré pour la première fois à Ste-Anne le 29 novembre 1914, dans un état d'onirisme anxieux avec hallucinations de tous ordres, particulièrement visuelles et auditives, état nettement en rapport avec une intoxication alcoolique chronique. Très vite les hallucinations disparurent, à l'exception des voix qui l'injuriaient, le menaçaient depuis 15 jours, et dont les persécutions l'avaient conduit à porter plainte au commissariat afin d'être protégé contre les entreprises de ses ennemis. Ces hallucinations auditives verbales alimentaient des idées délirantes de persécution — on va le voler, sa femme est d'accord avec eux pour le supprimer — on cherche à le compromettre dans l'affaire Steinheil.

En quelques semaines, les hallucinations diurnes ne se manifestèrent plus ; seules demeurèrent les hallucinations nocturnes, toujours plus espacées, si bien qu'après avoir porté le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique (avril 1915), on finit par tenir M. en observation très prolongée, et les certificats ne mentionnent plus (décembre 1915-mars 1916) qu'une « psychose hallucinatoire latente. »

Pendant cette période, on nota que le malade rêve peu, mais que, s'il lui arrive de s'éveiller et de garder un souvenir du rêve interrompu, il s'agit toujours d'une conversation qu'il tient avec des personnes tantôt hostiles, tantôt consolatrices.

Dans l'intervalle des deux placements, M... reconnaît qu'il n'entendit plus de voix que de façon très épisodique pendant les périodes où il buvait plus encore que de coutume.

Le malade est sorti en mai 1922, après un mois d'internement, après disparition complète et rapide des hallucinations auditives verbales et des idées délirantes qu'elles avaient entraînées.

Il semble enfin que l'on puisse trouver bien des stades

intermédiaires entre les phénomènes d'automatisme mental sous la forme de prise de la pensée, de conversations intérieures avec autrui et les hallucinations sensorielles nettement extériorisées.

OBS. VI. — Témoin ce malade Br..., observé par M. Heuyer, le 22 mai 1922, à l'I. S. Il manifeste des idées de persécution et d'influence, prétend que depuis 3 ans une voix lui parle sans cesse dans la tête, lui donne des ordres, le fait agir malgré lui ; il pense avoir été hypnotisé par un chef d'équipe, et interprète certains troubles cœnesthétiques comme étant dus à l'électricité et au magnétisme. Mais, et c'est là la signature de l'onirisme toxique, ce malade est confus, présente quelques hallucinations visuelles, il croit voir la guillotine, et enfin les voix se multiplient, l'insultent, lui annoncent qu'il va être battu, qu'on lui coupera les moustaches et que l'on va se livrer sur lui à des actes de pédérastie. C'est au point qu'il déménage précipitamment à 6 h. du matin et, toujours poursuivi, terrorisé, il demande spontanément protection aux agents.

Deux ans auparavant déjà, au cours d'un paroxysme semblable, il avait, sur l'ordre d'une voix intérieure, tenté de se trancher la gorge de deux coups de rasoir.

Dès le lendemain s'atténuent les hallucinations psychiques et psychomotrices ; en quelques jours elles sont complètement disparues, en même temps que les idées de persécution et d'influence. Br... sort le 27 juin, soit cinq semaines après son placement, ne présentant plus que quelques signes physiques d'alcoolisme chronique. Il est remarquable d'observer que, grâce à l'accès confusionnel, le malade avait spontanément raccordé l'épisode onirique présent à celui qu'il avait vécu 2 ans auparavant, pouvant faire ainsi illusion sur la permanence des phénomènes d'automatisme mental qu'il présentait.

Dans tous les cas que nous avons cités, l'état confusionnel passager, en rapport avec l'imprégnation éthylique, a permis de porter avec certitude le diagnostic d'onirisme. Cependant on remarque, dans ces diverses observations, l'existence, prédominante ou exclusive, d'hallucinations *auditives*. Il en est résulté, à plusieurs reprises, conformément aux idées reçues, soit des réserves sérieuses concernant le pronostic, soit même l'affirmation d'un pronostic franchement

défavorable (Psychose hallucinatoire chronique, obs. V). Bref, erreurs de pronostic dans le sens pessimiste. Si cependant on étudie plus en détail ces observations, on note les caractères suivants, susceptibles de mettre en évidence la nature onirique de ces épisodes à prédominance auditive — *onirisme auditif*.

a) *Apparition* en général *brusque* et *récente* en rapport avec une intoxication avérée et massive.

b) Caractère *désordonné*, *tumultueux*, *fantasmagorique* des perceptions. Il ne s'agit guère ici d'idées de persécution systématique, mais plutôt de *poursuite* par des *inconnus* plus ou moins *nombreux* qui sont *présents*, rôdent et s'agitent autour du malade, l'accablent d'injures, de menaces, ou tout au moins d'ordres et de conseils, en une *scène mouvementée* qui l'étonne, le déconcerte et le plus souvent l'épouvante, lui cause une *anxiété* extrême, avec *terreur*, sentiment de danger urgent, tendance à la fugue éperdue et à des réactions incoordonnées. Bref, l'épisode onirique, éclos le plus souvent à la faveur de la nuit, garde ses caractères habituels de confusion, de tumulte, de désarroi, de mobilité incohérente et fantastique, qu'il se compose avant tout d'hallucinations auditives ou d'hallucinations visuelles, que le malade voie ses ennemis ou qu'il les entende seulement.

c) D'ailleurs, l'onirisme auditif rétrocede de la même façon que l'onirisme visuel. Le sujet, d'ordinaire plus ou moins amnésique, passe par une phase intermédiaire de *doute*, à laquelle succède bientôt l'idée qu'il a rêvé ; ou bien encore, aux phénomènes sensoriels, survit quelque temps la conviction, l'*idée fixe post-onirique* de la réalité objective des perceptions morbides.

L'état onirique se révèle aussi grâce aux éléments de second plan qui accompagnent les hallucinations auditives verbales. La scène n'est pas en général tenue par un seul ordre de phénomènes sensoriels : en chaque cas on peut retrouver aussi des hallucinations visuelles, olfactives ou cœnesthétiques, dont le caractère commun est d'être mobiles, fugaces, inquiétantes,

inexpliquées pour le sujet comme les hallucinations auditives elles-mêmes.

De plus, dans la mesure où cette recherche peut être tentée, on ne remarque pas chez les malades une prédisposition paranoïaque nettement saisissable : ils ne sont pas en butte à une hostilité personnelle, menée avec esprit de suite, mais ils sont assaillis par les interjections, les clameurs, les menaces d'une bande ou d'une foule anonyme.

Enfin, deux de nos sujets, interrogés sur leurs rêves habituels, à l'état normal, nous ont d'eux-mêmes signalé que ces rêves étaient bien plus auditifs que visuels (bruits, conversation, chants, etc.). Dès lors, n'est-il pas naturel que leur rêve morbide, leur onirisme, ait été à prédominance auditive. Dans cette sorte de prédisposition sensorielle, on peut voir, sans qu'il y ait lieu d'y insister davantage, un élément d'explication de ces faits sur lesquels nous avons voulu retenir l'attention, en raison, d'abord, de leur vérité clinique, et aussi des erreurs de pronostic qu'ils sont susceptibles d'entraîner.

DISCUSSION

M. DELMAS. — La très intéressante communication de MM. Logre et Brousseau me permet de préciser que les faits que nous avons personnellement observés et publiés avec MM. Gallois, Boudou, etc... et dans les thèses de MM. Allamagny et Dwowski, sont tout à fait en accord avec les observations qu'on vient de nous lire. Dans ces accès oniriques à prédominance d'hallucinations auditives, nous avons noté que l'accident le plus tenace est justement représenté par les hallucinations auditives. Ces hallucinations peuvent survivre au réveil confusionnel et onirique et en imposer pendant quelques jours ou quelques semaines pour un état chronique. Autre particularité, ces accès, souvent récidivants par suite de leur étiologie, récidivent sous une forme identique (délires à éclipse de Legrain), et à chaque accès on voit la période d'hallucinations résiduelles se prolonger. Et c'est

ici que le pronostic peut se modifier, car au 3^e ou 4^e accès on peut voir la chronicité et l'incurabilité se constituer et donner naissance à une de ces formes de psychose hallucinatoire chronique post-onirique dont nous avons publié plusieurs cas.

M. H. COLIN. — A propos de la très intéressante communication de MM. Logre et Brousseau et des remarques si judicieuses de M. Delmas, je voudrais appeler l'attention de nos collègues sur la facilité avec laquelle on faisait autrefois le diagnostic d'alcoolisme chez des malades qui étaient de véritables délirants.

C'est ainsi qu'il m'arrive souvent de voir revenir à l'Admission des persécutés avérés qui, 20 ou 25 ans auparavant, étaient entrés avec le diagnostic d'alcoolisme subaigu avec hallucinations auditives et visuelles. Peut-être y avait-il eu chez eux un appoint éthylique, mais dans de pareils cas on ne saurait rapporter à l'onirisme la genèse du délire hallucinatoire.

M. CAPGRAS. — A l'appui de l'opinion de M. Colin, on peut remarquer que des faits analogues à ceux qu'ont cités M. Brousseau et M. Delmas s'observent habituellement comme manifestation de l'alcoolisme chez la femme. On voit chez celle-ci, en effet, beaucoup plus souvent qu'un délire onirique visuel de courte durée, une psychose hallucinatoire à prédominance auditive qui évolue en quelques semaines ou même quelques mois. L'alcool ne joue peut-être pas alors le rôle prédominant, ou du moins il n'agit qu'à la faveur de la prédisposition constitutionnelle.

M. BROUSSEAU. — Dans les cas que nous avons choisis pour les présenter, l'influence prépondérante de l'intoxication alcoolique nous avait paru évidente. Les sujets offraient tous les signes physiques de l'alcoolisme subaigu, on retrouvait ensuite chez eux les stigmates de l'intoxication éthylique chronique, les excès de boissons ont été avoués par tous et la plupart du temps certifiés par l'enquête; enfin, les manifestations oniriques, si elles présentaient une dominante auditive, comportaient aussi des éléments visuels, olfactifs, cénesthétiques, lesquels disparaissent d'ailleurs les

premiers, les hallucinations auditives demeurant seules au déclin de l'état subaigu, avant de s'effacer à leur tour. Ces états portent bien, à notre sens, la marque de l'onirisme toxique. Tous ont paru guérir d'une façon totale, sans qu'on veuille affirmer d'ailleurs qu'il ne se produira pas plus tard d'état onirique de même nature, ni que, par répétition de ces accidents, une psychose hallucinatoire chronique ne puisse se constituer à une phase ultérieure de leur évolution.

Idées d'influence au cours d'un état mélancolique

Par H. CODET

A côté des états où les idées d'influence, prépondérantes ou uniques, mais persistantes, forment un ensemble caractéristique, le délire d'influence, on peut rencontrer ces mêmes convictions délirantes, secondaires, accessoires, au cours de divers troubles psychiques. Pas plus que les idées de persécution, par exemple, elles ne sont pathognomoniques, par elles seules, d'une psychose déterminée.

Il semble qu'à les rechercher on puisse les retrouver assez souvent parmi des tableaux cliniques très divers. Quoique rares dans les états mélancoliques, elles peuvent s'y montrer, et c'est un cas de ce genre qu'il nous a été donné d'étudier. Nous tenterons de dégager de l'observation le mécanisme qui a permis leur développement.

M. G..., 51 ans. Pas d'antécédents pathologiques connus. Marié deux fois, a eu deux enfants actuellement bien portants. A été employé d'une administration publique, puis a tenu un petit commerce dans le Nord jusqu'en mai 1920. Mobilisé à l'arrière pendant la guerre, sans incident spécial. D'un milieu social et d'une culture très moyens, il n'a pas présenté dans son passé de troubles du caractère particuliers. — Pas d'alcoolisme vraisemblable.

Le début des troubles, très discret, paraît remonter à la vente de son fonds de commerce, en 1920, vente qui fut

une opération plutôt satisfaisante, nous le savons par ailleurs. Depuis, il n'a plus travaillé, mais dans les derniers mois il est devenu progressivement inactif, taciturne, triste, jusqu'à l'automne 1922. A ce moment, des idées de suicide l'ont conduit à une tentative sérieuse de pendaison, décidée et préparée à l'avance.

Lorsque nous l'examinons, la dépression affective est très intense : il reste inerte, l'air concentré, avec une mimique profondément triste et des gestes rares, ébauchés. A plusieurs reprises se développent des crises d'agitation anxieuse, assez vives, plus violentes dans la matinée. A l'ordinaire, il s'exprime en un langage simple et traduit un état de grande douleur morale. La rumination des idées pénibles est active et constante. La volonté est extrêmement déprimée.

En outre de sa tristesse primitive, M. G... extériorise un certain nombre d'idées délirantes de teinte mélancolique. Il s'accuse d'avoir pris deux cerises par terre, dans un jardin ; récemment, il a dérobé, pour la regarder, une carte de géographie au rebut dans le grenier d'un voisin et, n'osant la restituer, il l'a brûlée. Rétrospectivement, il craint, comme soldat, de s'être mis gravement dans son tort.

Par réaction anxieuse, il est inquiet de savoir s'il ne va pas être poursuivi pour vol, traduit en conseil de guerre pour espionnage, s'attend, à tous moments, à être jeté en prison et condamné. Il s'appuie sur toute une série d'interprétations élémentaires, qu'il est incapable de justifier : « Je le sens bien que ça va mal pour moi, quelque chose me le dit. » Mais ceci ne paraît pas en rapport avec l'expression d'un fait hallucinatoire quelconque. En même temps il se défend d'avoir rien voulu faire de coupable et ajoute : « Je n'aurais pas été à même de rien faire. »

C'est que, en effet, existe chez lui une hypochondrie morale, actuelle autant qu'à extension rétrospective, très nette. Si, d'une part, il est tourmenté par le présent, fort inquiet de l'avenir, en outre, dit-il, il n'a jamais su se diriger, organiser sa situation, assurer l'avenir de ses enfants (et le tout est vérifié inexact). Mais il déclare avoir toujours été sujet « à faire des coups de tête, comme on pourrait dire », avoir été trop facilement soumis à l'action de sa femme, de la première comme de la seconde. « J'agissais sur son conseil, rapidement, sans m'être renseigné suffisamment. » Il exprime le sentiment d'automatisme

dans divers actes : sa démission de l'administration, la vente de son fonds, sa tentative de suicide. Il raconte que tout cela a été fait trop vite, sans précaution et sans réflexion et ne répondait pas à son désir conscient. Sur le moment, il ne s'en était pas aperçu, mais il ajoute d'un air entendu : « Depuis, je me remémore bien des choses. »

Il en déduit une *hypothèse d'influence* nettement exposée : ses pensées et ses actes, en opposition avec ses tendances, ses désirs, ses intérêts, ne peuvent pas venir de lui-même : « Il y a toujours cette force qui agit en moi. » Ne se jugeant aucunement malade, il cherche une explication au phénomène, qu'il traduit en propres termes : « Je suis poussé à faire un tas de choses. »

L'interprétation de l'*origine* de cette force étrangère lui est fournie par le hasard ; voici un mois, il a eu sous la main quelques brochures de vulgarisation sur l'hypnotisme. Il les a feuilletées machinalement et, sans plus approfondir, y a trouvé l'explication satisfaisante : « Il me semble que ça pourra m'expliquer mon cas. »

Depuis, il n'a pas tenté de pousser plus loin et ajoute : « Je ne sais pas trop ce que c'est que l'hypnotisme, j'y crois sans y croire ; mais enfin il me semble que je n'agis souvent pas par moi-même. C'est exactement comme si on me poussait. » Du reste, il ne sait pas qui pourrait ainsi opérer sur son esprit, ni pourquoi, et ne cherche pas à préciser l'identité de celui ou ceux qui le dirigent, ni le but poursuivi. Il garde une foi complète dans son idée d'influence, se dérochant à toute dialectique, échappant à tout essai de persuasion, « il le sait, il le sent ».

Par ailleurs, nous n'avons rien décelé qui puisse faire croire à l'existence d'hallucinations psychiques ou psychosensorielles.

L'examen clinique de l'état organique ne révèle rien de particulier ; pas de signes d'éthylisme chronique ni de syphilis nerveuse ; léger amaigrissement ; avec quelques troubles gastro-intestinaux.

Nous sommes donc en présence d'un état mélancolique survenant pour la première fois vers la cinquantaine. L'irrésolution, l'aboulie qui en résultent, entraînent, de concert avec les tendances hypochondriaques, le sentiment de pensées et d'actes en désaccord avec la personnalité. Cette inadéquation provoque d'abord, par réaction, des idées d'incapacité, de dé-

ficit habituel de la volonté. Mais leur étrangeté paraît telle au sujet que, à défaut d'incitations extérieures connues, il en est conduit à chercher une autre explication, pour satisfaire *au besoin d'enchaînement causal*. Il la trouve fortuitement dans un petit livre sur l'hypnotisme et, tout de suite, son jugement l'accepte : il y a une influence étrangère qui le pousse.

Il nous semble que la netteté de ces déclarations, faites spontanément par le malade, justifie notre façon de voir. Le mécanisme interprétatif lui est bien personnel. Nous n'avons pas le sentiment d'avoir superposé un échafaudage trop systématiquement rationnel, par une déviation due à la pratique psychiatrique, sur l'édifice beaucoup plus simple créé par le sujet. C'est bien lui-même qui nous en livre les matériaux et décrit l'agencement. Comme l'ont dit MM. Chaslin et Alajouanine (1), l'idée d'influence est « une interprétation de l'automatisme mental ». Ici, l'enchaînement syllogistique nous apparaît particulièrement complet, alors que d'ordinaire il nous semble se faire chez les malades influencés de façon beaucoup plus elliptique.

Ce mécanisme psychologique est, croyons-nous, assez comparable ici à ce que l'on observe chez les maniaques présentant des idées d'influence : la surprise en présence de manifestations non voulues tend à les faire rapporter à une origine étrangère. Mais, chez le maniaque, l'éréthisme psycho-moteur est la cause de cette activité inattendue par le sujet. Chez notre malade, au contraire, c'est le défaut de contrôle du jugement et de la volonté qui *laisse passer des associations d'idées ou des actes imprévus*.

On peut donc placer en parallèle, dans les deux cas, le déficit primitif de l'attention soutenue, comme point de départ des idées d'influence, mais leur développement se poursuit par des voies différentes. D'autre part, les uns et les autres ne paraissent guère susceptibles de constituer un véritable délire, les idées

(1) Ph. CHASLIN et Th. ALAJOUANINE. — Un cas de délire d'influence obsédant. *Soc. de Psychologie*, 24 juin 1920.

restent simplement un moyen d'interprétation élémentaire en présence d'un phénomène jugé paradoxal.

En tous cas, leur existence même est intimement liée à une méconnaissance totale de l'état morbide, méconnaissance empêchant le malade de rapporter à son moi des manifestations pourtant perçues en lui, mais rattachées à une cause extérieure ; il faut, comme l'a rappelé M. Ceillier (1), « un trouble de la personnalité consciente et de l'unité mentale ». C'est par là que de tels cas s'opposent aux faits d'obsession, dans les formes typiques du moins ; en effet, MM. Chaslin et Alajouanine ont présenté (loc. cit.) une malade qui offrait l'association, ou tout au moins l'alternance des deux attitudes mentales : reconnaissance du caractère pathologique et croyance à la réalité de l'influence. Plus récemment, M. Ceillier (2) en a montré deux cas où se retrouve cette combinaison, liée à l'automatisme mental.

Mais, chez notre malade, rien ne nous a permis de soupçonner l'existence d'hallucinations psychiques, pas plus que la trace de prise ou de lecture de la pensée, de phénomènes d'inhibition. Chez lui, l'idée d'influence reste une explication causale, en même temps qu'une sorte d'excuse, proposée par lui-même pour son activité jugée anormale.

D'un autre côté, il n'a pas esquissé les traits d'une lutte contre un phénomène obsédant ; il n'y a pas de reconnaissance, même passagère, du trouble morbide. Il s'éloigne donc de ces psychasthéniques chez qui l'idée obsédante, longuement discutée, souvent réprimée et toujours récidivante, arrive fréquemment à créer un véritable *sentiment d'influence*.

Le seul caractère commun à ces malades et au nôtre vient de la croyance, extrêmement fréquente dans le public, à certains phénomènes de suggestion, à l'emprise d'une personnalité même lointaine et in-

(1) CEILLIER. — Erotomanie et délire d'influence. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Mentale*, n° 5, mai 1922.

(2) CEILLIER. — L'obsession et le délire d'influence. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Mentale*, n° 4, avril 1922.

connue sur une autre qui en reste inconsciente. Ces notions, qui nous semblent scientifiquement erronées, tendent à déterminer chez beaucoup de sujets des idées qui ne sont pas, par elles-mêmes, forcément délirantes ; elles restent, pour l'ordinaire, à l'état de superstition populaire. Mais leur crédit est tel qu'il suffit, chez un malade, de leur rappel ou de leur exposé pour lui dicter le thème de sa conviction délirante ; l'exemple ici rapporté en est caractéristique. Nous voyons, une fois de plus, que l'évolution des idées en cours permet, grâce à une vulgarisation dite scientifique, la substitution des idées d'influence par suggestion aux délires mystiques ou démoniaques.

Nous n'avons, malheureusement, pas pu suivre notre malade dans son évolution ; nous pensons que l'on peut appliquer justement ici le principe soutenu par M. Logre et supposer que le pronostic des idées d'influence, trouble psychique « induit », est intimement lié à l'avenir de l'accès mélancolique, « psychose inductrice ». D'autre part, l'absence d'hallucinations psychiques, d'autres symptômes d'automatisme et le défaut de systématisation nous semblent des éléments plutôt favorables.

Une « curieuse » discordante Evolution d'un état schizoïde constitutionnel vers le type hétérophrénique

Par MM. Henri CLAUDE et A. BOREL

Nous soumettons sous ce titre à la Société une malade dont l'histoire nous paraît intéressante, car elle représente un exemple nouveau de ces états de dissociation constitutionnelle de la personnalité de certains sujets qui doivent être distingués de la simple déséquilibration psychique, comme de la démence précoce. Chez cette femme, l'incapacité de s'adapter à la réalité a été conditionnée en grande partie, non pas seulement par l'instabilité, mais par une curiosité qui

l'a poussée toujours activement à porter son attention sur d'autres sujets que ceux qui auraient dû la fixer, ou à se laisser guider de plus en plus par des conceptions imaginatives. Elle est arrivée peu à peu, ballotée par les événements, à un état de désagrégation de sa synthèse mentale qui permet de redouter l'établissement d'une véritable hébéphrénie.

Aline M..., âgée de 28 ans, est entrée à la Clinique le 25 novembre 1922. Elle a été arrêtée à la suite d'une fugue anxieuse : croyant avoir reconnu son mari, dont elle vit séparée depuis plusieurs mois, elle s'était réfugiée chez la patronne qui l'employait et refusait de s'en aller. Conduite à l'Infirmierie spéciale, elle fut de là dirigée sur Ste-Anne. En réalité, cette fugue ne constitue qu'un des nombreux incidents occasionnés par les troubles mentaux évoluant depuis de nombreuses années déjà chez cette malade.

Dès l'enfance, d'ailleurs, on note chez Aline une certaine bizarrerie d'humeur. Très bien portante, vive, intelligente, elle présente néanmoins une difficulté manifeste à l'attention soutenue. A l'école elle ne fait rien, n'apprend rien, est renvoyée même de plusieurs institutions et, naturellement, est totalement incapable de passer son certificat d'études. Elle en donne une raison : « C'est qu'elle aimait à penser, et qu'attachée à suivre ses pensées, elle ne pouvait s'intéresser à ce qui se disait ou se faisait en classe. » Or, ce à quoi elle pensait surtout : « C'est à sa mère qu'elle adorait, et au bel intérieur qu'elle voyait chez elle. »

Dans la suite, ces mêmes tendances continuent à se manifester. Comme elle n'apprend rien à l'école, sa mère la met en apprentissage à 13 ans. Mais aussi bien à l'atelier qu'en classe, elle ne travaille pas et, soit se fait renvoyer, soit d'elle-même abandonne son poste. Ce n'est pas qu'elle soit inhabile, ou inintelligente, car parfois, et généralement quand elle entre dans une nouvelle place, elle travaille très bien pendant quelques jours, aussi longtemps, en somme, qu'elle est intéressée par la nouveauté du milieu ou du genre de travail. Dès que sa curiosité est rassasiée, pourrait-on dire, elle cesse tout effort et se remet à penser.

A 18 ans (1912), sa mère l'envoie en Angleterre. Elle y apprend très vite à parler anglais, vit d'abord dans une

pension de famille, puis travaille plus ou moins bien dans différentes maisons de couture, gardant toujours la même instabilité et ne pouvant rester plus d'un à trois mois dans chaque place.

Elle revient à Paris en 1914. C'est peu après que les premiers troubles mentaux manifestes vont commencer à faire leur apparition.

Tout d'abord ce sont des bizarreries, des tournures curieuses dans les lettres qu'elle écrit. Puis un changement d'attitude vis-à-vis de sa mère, à qui jusqu'ici elle avait marqué un profond attachement, et pour laquelle désormais elle ne montrera plus que de la réserve, puis de la froideur. Ce n'est pas, dira-t-elle plus tard, qu'elle ne l'aime plus, mais elle conserve d'elle un souvenir plus beau : au temps où elle était enfant, celle-ci était jeune, belle, et surtout avait une situation meilleure, un intérieur plus élégant. Enfin, enfant naturelle, Aline, plus âgée maintenant, souffre de sentir la position un peu en marge de sa mère, et c'est pourquoi un jour elle se mariera : « pour acquérir le titre de dame ».

De 1914 à 1916, elle ne travaille que très irrégulièrement et s'occupe surtout à donner quelques leçons d'anglais. C'est pendant cette période que se place une petite intrigue avec un filleul de guerre, pour qui elle eut, dit-elle, « la maladie de l'amour aveugle ». Mais il s'agissait d'un homme déjà marié. Elle ne l'apprit que fort tard. Et cette découverte, qui termina l'aventure, déclancha une première réaction : une fugue dans un couvent.

Dès lors, les troubles vont se succéder sans interruption. Décidée à embrasser la vie religieuse, elle ne persiste que quelques jours dans sa résolution et revient à son domicile. Mais bientôt s'enfuit de nouveau dans une ville de la zone des armées. Là, elle mène une vie bizarre, travaille d'abord chez une couturière, puis abandonne ce métier et, comme elle a quelque argent, vit la plupart du temps couchée, ne se levant que le soir, et ne mangeant que des gâteaux et des fruits. Il ne semble pas y avoir eu d'écarts de conduite. Au bout de 3 mois, lasse de ce genre de vie, elle revient une seconde fois chez sa mère, à qui elle montre le plus grand mépris. Elle achète des livres, le grand dictionnaire Larrousse, passe des journées entières à le lire, suit des cours à la Sorbonne, veut apprendre « tout », même le piano. En même temps, elle refuse de faire quelque travail que ce soit. Quand elle ne lit pas, elle pense, ou bien elle écrit. Elle paraît ainsi totalement

indifférente à tout ce qui a trait à la vie ordinaire ; constamment préoccupée au contraire de savoir ce qu'elle ne connaît pas, d'apprendre de nouvelles choses, qui d'ailleurs ne la passionnent qu'un jour. C'est ainsi qu'une fois elle veut vivre « à la manière des bêtes, coucher dehors comme elles, et comme elles se nourrir de racines et d'amandes ».

En 1919 (juillet), elle fait connaissance d'un étranger qui lie conversation avec elle dans la rue. Il avait une barbe noire. Et cela la fait songer à Landru, dont l'histoire emplissait alors tous les journaux. Selon son expression : « elle s'est dit qu'il devait être curieux de connaître un homme semblable, de savoir ce qu'il pensait ». — « Ce doit être un monstre, se dit-elle encore. Et puis, il est petit alors qu'elle est grande, brun alors qu'elle est blonde, laid alors qu'elle pense être jolie. »

« Je me décidai tout de suite, nous confie-t-elle. Cinq minutes après je le suivais. Cinq jours après j'étais sa maîtresse, cinq semaines après je l'épousais. » « Mais non pas par amour, précise-t-elle. A quoi bon puisqu'elle a déjà connu l'amour ? » Simplement « par curiosité » (juillet 1919).

Avec son mari elle quitte bientôt la France, et rapidement trouve pesante son union. D'ailleurs, dans son mariage, elle apporte les mêmes habitudes qu'elle avait étant jeune fille. Elle ne fait rien, passe des journées entières au lit, a des sautes d'humeur qui ne tardent pas à entraîner des difficultés avec le mari, puis des disputes, et enfin des mauvais traitements. Elle abandonne alors le domicile conjugal, où son mari semble n'avoir rien fait pour la retenir, et revient en France. Elle déclare à ce propos qu'il était bien inutile que son mariage continuât, puisqu'aussi bien « toutes ses curiosités étaient satisfaites ». Elle avait même plus qu'elle pouvait désirer : elle était en effet enceinte. C'est au 7^e mois de sa gestation qu'elle revient à Paris : « enchantée d'avoir enfin quitté son mari, qu'elle n'aime pas, n'a jamais aimé, et pour lequel elle n'a plus aucune curiosité ». Elle se fait admettre à la Maternité, sa mère refusant de la recevoir. Son accouchement se passa normalement. Quelques semaines après, elle sortit avec son enfant qu'elle nourrissait au sein.

Etant sans argent et brouillée avec sa mère, elle dut chercher du travail. Elle finit par trouver une petite occupation. D'ailleurs elle n'avait aucun souci de l'avenir. « Elle était bien trop intéressée par la vie qu'elle me-

naît », « par son enfant qu'elle allaitait. Mais elle songe à la manière selon laquelle fut conçu cet enfant. Elle n'aimait pas son mari, « est toujours restée froide, passivement froide avec lui ». Dans ces conditions, se dit-elle, son enfant ne saurait devenir semblable à ceux que l'on voit ordinairement, et qui ont été désirés par les deux conjoints. De là cette idée que son enfant devra rester plus petit que les autres, devenir un nain, un petit Lilliput. Et au lieu de le nourrir comme font les mères, elle lui donne un seul sein, le droit, et encore ne lui donne-t-elle qu'une partie du lait de ce sein. En agissant ainsi d'ailleurs, elle satisfait à une autre idée. Son mariage a été bien peu un mariage. Si alors elle ne donne qu'un seul sein à son enfant, l'autre, au lieu de se gonfler de lait, restera petit. Elle sera donc à la fois mère du côté droit, tandis que du côté gauche elle restera jeune fille. Et c'est ainsi que, durant cinq mois, fut élevé son enfant. Le résultat est facile à prévoir. Lors de son arrestation, en novembre 1922, son enfant était dans un état de cachexie extrême. Il pesait, paraît-il, 8 livres, et deux mois après, en janvier 1923, il mourait de broncho-pneumonie.

Cependant, elle vivait et formait mille projets. Elle avait loué une petite chambre et s'occupait de menus travaux de couture. Elle ne faisait que ce qui était strictement nécessaire pour ne pas mourir de faim. Sa nourriture se composait exclusivement de gâteaux. Sa tenue devenait de plus en plus négligée. « N'était-elle pas pauvre ? A quoi bon alors s'habiller et se tenir propre ? Quand on est pauvre, pensait-elle, il faut se conduire en pauvre, ne pas se laver, se nourrir à peine. » Et, selon son expression « elle était enchantée du contraste de sa vie présente avec la vie qu'elle menait autrefois ». « Cela au moins était quelque chose de nouveau, donc d'intéressant. »

Mais parfois elle songeait à son mari, aux mauvais traitements, aux menaces qu'il lui avait souvent faites. Et elle se plaisait à imaginer ce qui lui arriverait si celui-ci revenait et lui demandait de reprendre la vie commune. Il semble bien qu'elle se soit pour ainsi dire prise elle-même aux romans imaginatifs qu'elle construisait et que, composant de toutes pièces la rencontre, elle n'ait plus pu faire, à un moment donné, la part de la réalité et de la fiction. Nous l'avons, en effet, vue quelque temps après son internement avoir un épisode semblable. Au cours d'une conversation, elle entendit parler de la Vénus de

Milo. Elle imagina alors toute une histoire pour motiver le fait de l'absence de bras, non pas brisés au cours des fouilles, mais arrachés. Et s'identifiant avec la déesse, elle pensa au sort tragique qui, dans une telle circonstance, pourrait lui être réservé. C'était son mari détesté qui accomplissait la mutilation. De là des cris, des pleurs, un véritable petit état anxieux passager, mais que l'on peut rapprocher de celui dont nous parlions tout à l'heure.

Quoi qu'il en soit, dès que cette histoire de mari revenant la chercher à Paris fut édiflée, elle devint inquiète ; y crut d'abord à demi, se méfiant des gens aperçus. Puis l'anxiété s'accroît, des interprétations nettement délirantes surgissent. Dans la personne d'un jeune ouvrier habitant le même hôtel, il lui semble reconnaître, rasé et déguisé, son mari. Elle construit de nouveaux détails, et finalement s'enfuit avec son enfant jusque chez la patronne qui lui donnait du travail. Là, elle s'installe, refuse de partir et paraît en proie à une extrême frayeur. Il fallut faire appeler les agents pour la décider à s'en aller, et l'état anxieux continuant, elle fut transportée à l'Infirmierie Spéciale (20 novembre 1922).

Nous avons exposé avec quelques détails l'histoire de notre malade. Il nous semble, en effet, que la connaissance des multiples incidents dont est parsemée sa vie peut éclairer l'état que nous lui avons vu présenter.

Depuis son entrée à la Clinique (22 novembre 1922), Aline a conservé le même aspect, avec sans doute quelques faibles variations journalières, mais que l'on peut tenir pour négligeables. Calme, et le plus souvent d'humeur gaie, enjouée même, elle est docile, répond facilement aux questions posées. Un des éléments les plus caractéristiques de ses habitudes est cet aspect de distraction et d'étonnement qui contraste avec son exhubérance à d'autres moments, et qui pourrait parfois faire songer à un appoint confusionnel, alors qu'au contraire Aline est parfaitement orientée, se sait dans un asile, à Ste-Anne, sait depuis combien de temps elle y est entrée et en dit les raisons. Mais au cours des interrogatoires, et surtout s'ils sont de quelque longueur, après de premières réponses tout à fait adaptées, on a l'impression que peu à peu et par ins-

tants, l'attention se disperse. Ce sont alors des réponses faites au hasard, à côté. Et il faut secouer la malade pour la ramener au moment présent, dont elle semble ainsi s'évader.

Sa tenue est toujours plus ou moins négligée. Cependant elle est propre, se lave soigneusement. Et quand on lui parle de son manque de coquetterie, elle répond d'une façon relativement pertinente : « A quoi bon, ici, puisqu'elle est à l'asile et qu'elle est heureuse. » Parfois, cependant, on a noté quelques tentatives de parure, plus ou moins bizarres, morceaux d'étoffes dans les cheveux, à l'imitation d'une autre malade du service.

Elle s'exprime correctement, avec pourtant une certaine recherche, un certain maniérisme d'expression, des mots pris dans un sens curieux, presque symbolique. Elle minaude, sourit, a des attitudes bizarres, se cachant brusquement la tête dans les mains en riant. Quand on lui en demande la raison, elle rit plus fort et finit par avouer que, n'ayant pas su répondre, elle s'en tire ainsi. Quant aux idées exprimées, elles sont le plus souvent normales, cohérentes et en rapport avec son niveau mental. Mais ce sont parfois des rapprochements bizarres, inattendus. D'ailleurs, au cours de ses propos, ce qui frappe encore plus, c'est un trouble de l'association, un certain décousu qui donne à sa conversation un aspect tout particulier : tel mot évoquant telle idée nettement contradictoire, ou faisant surgir tel souvenir paraissant sans relation avec lui. Elle a d'ailleurs une certaine conscience de ce trouble. Elle sait qu'elle ne peut pas faire longtemps attention à ce qui se passe autour d'elle, qu'elle ne saisit qu'imparfaitement les choses ; que lorsqu'elle parle, elle ne peut qu'incomplètement exprimer ses idées. « Je sens que mes pensées tournent dans ma tête », dit-elle. « Si j'écris, c'est incohérent. Il faut me questionner pour que je puisse me rendre compte de ce que je pense. » Dans d'autres conversations, nous lui avons fait préciser ce même trouble : « Je ne sais jamais par quoi commencer », nous dit-elle. « J'ai trop de choses à dire. »

« Je pense à trop de choses. » « Je ne peux m'empêcher de penser à autre chose. » Aussi n'est-elle souvent pas très présente aux interrogatoires. Et l'on s'explique le manque de suite, l'état un peu chaotique que l'on voit dans ses pensées. Car elle songe, imagine, construit sans cesse. Toute sa vie elle a été ainsi. Si bien qu'elle paraît avoir vécu à moitié dans la réalité, et à moitié dans un monde fictif, « autistique », selon l'expression de Bleuler. Les quelques exemples que nous en avons donné plus haut suffisent à le démontrer. Sans doute il est difficile, et même probablement impossible de saisir tous les détails qui constituent cette rêverie. Mais on comprend l'influence qu'un tel mécanisme psychologique, à demi conscient seulement, peut avoir sur le psychisme de la malade. Et cette apparence de discontinu dans le flux des idées et des paroles paraît, si l'on admet un tel processus, singulièrement s'éclairer. Il n'est pas jusqu'aux conceptions imaginatives elles-mêmes, dont on ne puisse ainsi comprendre la genèse. Et nous en voyons l'origine dans ce besoin, manifesté dès le jeune âge, de s'évader, de se livrer à la rêverie. Plus tard, ces tendances ne font que se renforcer. Dans sa conversation, dans ses lettres, ce sont parfois des expressions singulières, des mots pris dans un sens symbolique et traduisant cette pensée « autistique ». Finalement, le symbolisme, devenu plus actif, déclenche les conceptions imaginatives que nous avons exposées, et qui maintenant ont acquis une valeur affective telle que notre malade y conforme plus ou moins son activité.

D'ailleurs, si on pousse plus loin l'analyse, nous voyons bien qu'aucun des éléments fondamentaux ne sont lésés. Le fonds mental paraît intact. Aline est orientée dans le temps et dans l'espace. Ses souvenirs sont exacts, sa mémoire de fixation suffisante, et les quelques fautes qu'on peut lui voir commettre proviennent de l'état de distraction dont nous avons parlé. Elle résout facilement de petits problèmes, montre un ensemble de connaissances qui témoigne de nombreuses lectures ; ses jugements, ses raisonnements n'ont rien de troublé. Elle fait preuve même parfois

d'un discernement qui étonne. Quant à la sphère affective, il n'y a pas chez notre malade cette inertie que l'on trouve généralement, ou au moins que l'on admet comme symptôme capital, plus ou moins accusé, de l'hébéphrénie. Sans doute elle n'aime pas son mari. Mais les causes qu'elle en donne, et nous les avons déjà dites, sont logiques jusqu'à un certain point. Son indifférence vis-à-vis de sa mère, vis-à-vis de son enfant, dont elle a été brusquement séparée à son entrée à la Clinique, peuvent également trouver leur explication. Sans aller jusqu'aux théories sexualistes un peu hasardeuses des psychanalistes, simplement par les paroles spontanées de notre malade, on peut admettre qu'à la suite de l'affection très vive témoignée à sa mère lorsqu'elle était enfant ou adolescente, elle a progressivement perdu cet attachement : « parce que sa mère n'est plus jolie, parce qu'elle est vieillie, qu'elle a une situation fausse (fille-mère), n'a pas le titre de dame ». Elle a rougi d'elle à une époque et n'aime d'ailleurs pas à se le rappeler. De là cet éloignement « qu'elle veut avoir pour elle ». « Il est mieux que je n'y pense pas. » « Je serais capable de l'aimer de nouveau, de la revoir telle que je la voyais dans mon enfance, et cela me rendrait malheureuse. »

Son enfant ? elle ne l'oublie pas. On lui a caché sa mort, et elle craint qu'un accident fatal lui soit arrivé. Elle en parle souvent, se rend compte qu'elle avait une curieuse façon de l'élever, que même on pourrait dire « criminelle ». Mais en agissant comme elle l'a fait, elle croyait être dans le vrai, et discute point à point ses idées.

Enfin, nous avons maintes fois signalé cette curiosité incessante qui semble toujours l'animer. Ce désir de connaître qui la pousse et qui lui fait trouver un intérêt, bien vite éteint d'ailleurs, dans chaque nouvelle aventure de sa vie. Cette curiosité, elle la montre à chaque instant. Au cours d'une conversation, quand elle ne comprend pas une expression, elle en demande l'explication, et s'irrite de n'avoir pas ses dictionnaires à sa portée pour la chercher elle-même. Chaque chose lui est prétexte à étonnement et aussi à rêverie.

Sans doute ce n'est là qu'une curiosité superficielle, et Aline semble bien incapable d'approfondir la moindre notion. Mais que l'on se rappelle l'état de distraction, de construction imaginative où, dès l'enfance, elle a toujours été plongée. Chaque fait nouveau, pourrait-on dire, la sort un instant de cette vie intérieure, éveillant des associations plus ou moins bien adaptées, et en rapport à la fois avec l'événement qui les suscite et avec l'état de conscience, ou mieux de rêverie, actuel. Ne pourrait-on pas voir là une des raisons de ce double aspect qui, au premier abord, paraît si discordant, curiosité incessante, d'une part, et distraction d'autre part ?

L'activité, il est facile de le prévoir, est assez réduite chez notre malade. Elle entreprend certaines choses (petits ouvrages) qu'elle laisse bientôt, lit, ou mieux parcourt quelques journaux. Le plus souvent, elle écoute converser les autres malades, ou demande à rester sur son lit, et rêve à demi. Elle est d'ailleurs heureuse à l'asile, dont elle énumère avec humour les avantages : « Elle est au calme, ici, protégée d'un retour possible de son mari. Et puis des gens s'occupent de tout, et l'on n'a qu'à se laisser vivre. »

Nous n'avons plus qu'à ajouter que notre malade n'a jamais présenté de troubles psycho-sensoriels, et que, physiquement, tous les appareils apparaissent normaux. Née à terme, elle a eu une enfance normale, n'a jamais été malade, est régulièrement réglée depuis l'âge de 13 ans. Son père est mort très âgé (75 ans). Sa mère est vivante et bien portante. Fille unique, il n'y a eu aucune fausse couche. Rien ne permet de suspecter la syphilis dans la famille. A signaler seulement une grand'tante maternelle aliénée et décédée dans un asile.

Peut-on, devant un tel tableau, prononcer le mot d'affaiblissement intellectuel ? Il semble bien que, prises individuellement, chacune des facultés soit intégralement conservées. Et les troubles pourtant si manifestes présentés par Aline, c'est bien plutôt dans la synthèse mentale, dans l'organisation des notions et leur adaptation à la réalité qu'ils apparaissent surtout.

Comment alors classer notre malade ? Doit-on penser à un état constitutionnel, à un état de dégénérescence, de déséquilibre congénital ? Ou au contraire à un état acquis que l'on pourrait ranger dans le groupe des états hébéphréniques ? Le mot déséquilibre nous paraît bien faible et insuffisant si on le met en regard des conceptions imaginatives dont nous avons parlé et des réactions qu'elles ont entraînées. Hébéphrénie ? Syndrome atypique alors, sans affaiblissement intellectuel, et sans la plupart des grands symptômes qui en constituent l'individualité, sans stéréotypies, sans négativisme, sans variations brusques d'humeur, sans impulsions, etc., etc., avec une affectivité modifiée, sans doute, mais d'une manière presque cohérente, et non pas diminuée ni éteinte. Et nous avons suffisamment insisté sur la curiosité que montre notre malade. Parler de démence devant un tel cas, c'est peut-être faire un pronostic, mais on ne saurait d'un tel mot qualifier l'état présent. Et d'ailleurs, si nous nous reportons à l'histoire de notre malade, nous voyons que les tendances à la distraction, à la curiosité et à la rêverie existaient manifestement depuis l'enfance. Tant bien que mal, cependant, Aline parvenait, sans s'adapter entièrement, à mener en somme une existence à peu près régulière, grâce à ses capacités intellectuelles et à ses qualités morales. Mais un choc affectif survient vers la 22^e année (elle en a 28 maintenant) : le grand amour qu'elle eut pendant la guerre, et les incidents se multiplient. Pour se soustraire au chagrin causé par la rupture, elle se réfugie dans des conceptions imaginatives dont elle ne sait ou ne peut se dégager. Un état de dissociation, de discordance psychique se produit. Et l'on voit qu'il s'explique à la fois par le terrain, le tempérament apporté par la malade, et par les circonstances, le choc affectif entraînant tout le déroulement de l'affection présente.

Il semble bien, d'autre part, que depuis juin 1922 (date de son accouchement), nous assistions à une précipitation des symptômes. Jusqu'en 1916 (jusqu'à 22 ans), Aline se décelait, en effet, surtout comme une instable, mal équilibrée, mais une analyse plus minu-

tieuse aurait fait constater chez elle cette tendance à la dissociation que nous avons essayé de mettre en évidence. Elle s'apparentait ainsi avec ce que Bleuler a décrit sous le nom de tempérament schizoïde. Depuis 6 ans, sous l'influence d'un choc affectif, une nouvelle évolution s'est montrée, trop peu marquée tout d'abord pour jeter un grand trouble dans sa vie, mais suffisante pour entraîner un certain nombre de réactions discordantes. Enfin, après la naissance de son enfant (il y a six mois), le trouble s'affirme, et l'adaptation à la vie réelle devient plus difficile, sans pourtant que l'on puisse faire intervenir un état de déchéance ou d'affaiblissement intellectuels. Nous avons dit qu'Aline se trouvait heureuse à l'asile, et qu'elle nous demandait parfois à y rester longtemps. Ce n'est là, semble-t-il, que l'expression de la conscience plus ou moins vague qu'a notre malade de son inadaptation à la réalité. Cette retraite, en effet, peut être considérée comme épargnant au moi un travail intérieur pénible, souvent impossible, et ces conditions de vie anormale constituent en quelque sorte la solution la plus avantageuse d'un conflit entre les tendances à une vie imaginative inconsciente du réel, et les nécessités de l'existence. La fuite dans la maladie, ici aussi, paraît justifiée, comme on l'a dit pour certains états névrosiques.

Ainsi, notre malade nous apparaît surtout comme une constitutionnelle, et nous emploierions volontiers pour exprimer notre pensée la terminologie de Bleuler : schizoïdie constitutionnelle. Quant à l'évolution actuelle, nous inclinons à croire que des états de ce genre auraient avantage à ne pas être confondus dans le groupe des démences précoces. Dans la synthèse Kræpelinienne, en effet, on a fait entrer nombre d'états dissemblables, tant par l'aspect clinique que par le mécanisme, l'étiologie et le pronostic. Mieux que le terme de démence, qui n'est pas justifié par l'absence même de tout affaiblissement intellectuel, après une évolution durant déjà depuis 6 ans au moins, celui de Psychose discordante (Chaslin), ou de schizophrénie nous paraît devoir être préféré. Déjà,

dans une communication antérieure, l'un de nous, en collaboration avec le D^r Brousseau, avait présenté à la Société un état délirant discordant se rattachant à la même classe de faits. Nous le rappelons aujourd'hui parce que ces états qui nous avaient frappés dès 1910 et que nous avons étudiés dans ces deux communications nous paraissent constituer un groupement mal délimité peut-être encore, mais dont l'individualité est cependant suffisante pour mériter d'entrer dans la nosologie psychiatrique.

DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — On observe assez fréquemment chez des enfants des manifestations de curiosité, anormale par son exagération, semblables ou analogues à celles rapportées dans la très intéressante observation de MM. Claude et Borel. Il s'agit, en pareil cas, le plus souvent, d'enfants constitutionnellement instables, vivant dans un mauvais milieu familial, amoral ou dissocié, dépourvu de toute influence éducative appropriée, de toute hygiène mentale nécessaire. — Chez la malade présentée aujourd'hui, l'instabilité mentale a pris une extension d'autant plus grande que son instabilité s'est développée sans aucun obstacle, et cela à la faveur d'un certain degré, en vérité peu accusé, de débilité intellectuelle. Peut-être, une psychothérapie rééducative pourrait être encore utilement appliquée aujourd'hui ; elle permettrait, dans tous les cas, d'apporter un nouvel élément pour l'appréciation plus approfondie du fond psychologique de cette malade. — Il ne me semble pas, toutefois, qu'il s'agisse dans ce cas d'une variété de démence précoce.

M. TRUELLE. — Je crois qu'il y a plus chez cette malade qu'un état de déséquilibre mental qui se serait simplement aggravé et développé avec les progrès de l'âge, et faute de directions imposées. Sans vouloir faire un diagnostic ferme, ce qui serait présomptueux en dehors d'un examen longuement suivi, il semble bien que l'on soit autorisé à parler ici d'hébéphrénie ou de schizophrénie. En effet, cette malade a été toute

sa vie une déséquilibrée, c'est entendu ; cependant, ce déséquilibre s'est manifesté à partir d'une certaine période sous une forme qui paraît bien impliquer une dissociation psychique grave. M. le Professeur Claude et M. Borel ont très justement insisté sur le caractère superficiel, mobile, généralement à côté et parfois absurde des « curiosités » de cette jeune femme ; sur les anomalies de ses orientations affectives. Je suis porté à considérer qu'elle a surtout ceci de particulier c'est d'être restée plus longtemps que la généralité des hébéphréniques à ce stade prémonitoire, où les facultés intellectuelles considérées isolément paraissent conservées, mais où déjà, comme l'ont d'ailleurs dit les auteurs, se révèle un trouble profond de la synthèse mentale.

M. Henri CLAUDE. — Notre malade ne peut guère être assimilée à ces enfants atteints de déséquilibre mental dont parle M. Roubinovitch, et dont les facultés psychiques se modifient dans un sens d'autant plus défavorable que les conditions de milieu fâcheuses influent davantage sur eux. Il y a dans ces cas une passivité, ou plutôt une plasticité dont on devra tenir compte dans la thérapeutique médico-pédagogique. Notre malade a manifesté toujours une activité en rapport avec sa curiosité et ses tendances imaginatives ou affectives. Son déséquilibre n'est qu'apparent, ses actes sont en rapport avec un dessein criticable et parfois des intentions louables. Son instabilité seule a toujours été vraiment pathologique.

Je ne mets pas en doute avec M. Truelle que la persistance de cette inadaptation à la réalité, que le désordre qui apparaît de plus en plus dans cette existence ne laissent prévoir une évolution vers une schizophrénie définitive. Dans ces derniers mois, peut-être à la suite de l'accouchement, de l'allaitement et d'un état de misère physiologique, l'affection a certainement progressé, car les lettres écrites par la malade en juillet dernier indiquent encore une capacité d'attention et d'association des idées, ainsi qu'une valeur du jugement que nous ne retrouvons plus aujourd'hui.

Des faits de cet ordre nous paraissent dignes de retenir l'attention, car il semble que si, d'une façon précoce, on tentait de modifier l'orientation de l'activité psychique de ces « discordants » constitutionnels, si on s'efforçait de leur faire prendre un contact plus concret avec la réalité, on modifierait peut-être leurs tendances. C'est dans ces cas qu'une bonne organisation de l'hygiène mentale pourrait sans doute rendre des services.

Sur l'Hallucinose

Par René TARGOWLA et Jacques LEYRITZ

Le 28 novembre 1908, Lucien Cotard (1) apportait à la Société médico-psychologique deux observations d'une « psychose hallucinatoire » à évolution chronique sans démence, essentiellement caractérisée par la présence d'hallucinations multiples, non reconnues comme perceptions fausses par le malade, et par l'absence de conceptions délirantes abstraites et de confusion mentale surajoutées. En outre, les malades, comme le fit observer M. Séglas, n'étaient point paranoïaques et avaient le sentiment vague d'un état pathologique.

Cette « psychose hallucinatoire », pour être restée plus ou moins confondue avec d'autres variétés de la « folie sensorielle » des classiques français et des auteurs allemands et italiens, n'était pas passée inaperçue des cliniciens. Esquirol (2) en décrit certains caractères à propos de la première observation de son mémoire sur les hallucinations ; ce cas est, au reste, un exemple des formes que l'on tend à rapprocher de l'hallucinose sous l'appellation de psychose hallucinatoire avec « délire minime non

(1) LUCIEN COTARD. — Deux cas de psychose hallucinatoire. Société médico-psychologique, séance du 28 novembre 1908 ; in *Ann. méd.-psychol.*, 1909 ; p. 256.

(2) E. ESQUIROL. — *Des maladies mentales*, Paris, 1838 ; t. I, p. 160.

extensif » (Alajouanine et Codet) (1). Mais c'est Lélut (2), auquel se réfère d'ailleurs Esquirol, qui, s'attachant à l'étude de la « folie sensorielle », rapporte le premier exemple d'hallucinoïse et isole ses traits principaux, y compris le sentiment qu'a le sujet d'un trouble pathologique : « le malheureux qui en était atteint, dit-il, était quelquefois tenté de regarder ses hallucinations comme une incommodité dont la médecine le pouvait délivrer ». Plus tard, M. Séglas (3) fait au sujet d'une forme aiguë de « délire hallucinatoire » des commentaires très voisins de ceux d'Esquirol et qui les complètent ; puis Farnarier (4), à propos des psychoses hallucinatoires aiguës, revient sur les mêmes faits mais sans les isoler, et Wernicke (5) désigne du nom d'*hallucinoses*, des syndromes aigus d'origine alcoolique. S. Soukhanoff (6), en 1906, étend la signification de ce terme à d'autres états psychopathiques ; Chotzen (7) étudie l'hallucinoïse alcoolique chronique. Enfin, en 1907, sous le titre : « un cas d'hallucinoïse », Seltzky rapporte deux observations d'un syndrome hallucinatoire non compliqué de délire, évoluant vers la guérison (8). Mais c'est véritablement la communication de Cotard qui attire l'atten-

(1) ALAJOUANINE et CODET. — Deux cas d'hallucinations auditives avec délire minime non extensif. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, séance du 17 mai 1921 ; p. 149.

(2) F. LÉLUT. — *Du démon de Socrate*, Paris, 1833 (*Observations sur la folie sensoriale* ; Obs. II, p. 271). Cet auteur, rarement cité depuis Baillarger, qui lui emprunta la description des *voix épigastriques*, ne se borna pas à l'étude de l'« hallucinoïse » ; à propos de la *folie sensoriale* avec hallucinations primitives, il distingua les délires d'interprétation et décrivit, avec deux cas typiques, le délire de *rêve*, employant, avant Lasègue, le mot dont M. Chaslin devait faire la fortune.

(3) J. SÉGLAS. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses*, Paris, 1895 ; p. 450.

(4) F. FARNARIER. — *Thèse de Paris*, 1899.

(5) W. WERNICKE. — *Grundriss der Psychiatrie*, Leipzig, 1906, p. 259.

(6) S. SOUKHANOFF. — *Anal. in Encépale*, 1907, t. II, p. 469.

(7) F. CHOTZEN. — *Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.*, n° 228, 1^{er} janv. 1907, p. 1.

(8) W.-W. SELTZKY. — Un cas d'hallucinoïse. *Psychiatrie contemporaine* (en Russe), juillet 1907.

tion, en France du moins, sur cette forme particulière de trouble mental.

Peu après, divers auteurs (1) apportent de nouveaux faits, et Dupré et Gelma (2) proposent de réserver le terme « hallucinose » au syndrome envisagé par MM. Ségla et Cotard ; c'est ce sens que Seltzky lui avait donné (formes aiguës) et que nous lui conservons avec M. Chaslin (3), bien qu'il ne soit pas admis par tous les auteurs : dans sa monographie sur les « hallucinoses » syphilitiques, parue en 1913, Plaut, notamment, donne au mot une compréhension beaucoup plus large.

La précision de la définition, d'ailleurs, est surtout apparente; appliquée aux faits, la notion d'hallucinose semble plus confuse. Les descriptions d'Esquirol, de Ségla visent en réalité des cas dans lesquels le délire est minime et secondaire aux hallucinations ; en outre, L. Cotard, décrivant un syndrome à évolution chronique, s'appuie sur les travaux de Ségla et de Farnier, qui concernent des psychoses aiguës ; enfin, on a signalé des « hallucinoses » symptomatiques d'affections organiques [P. Camus (4), H. Claude (5)] et on en rapproche plus ou moins des faits d'hallucinations conscientes, d'hallucinations épisodiques liées aux gastropathies, au tabès, aux lésions de l'oreille.

Si on élimine ces derniers, l'hallucinose n'en reste pas moins un état psychopathique se rencontrant dans des circonstances très diverses et sous des aspects différents. On est ainsi amené, pour la commodité de

(1) Cf. DIDE et GASSIOT. — La psychose hallucinatoire chronique. Société de psychiatrie, séance du 17 novembre 1910 ; in *Encéphale*, 1910, t. II, p. 492. — GASSIOT. *Thèse de Toulouse*, 1910. — AGENET. Les hallucinoses, *Thèse de Bordeaux*, 1920. — Robert HUNTER STEEN. Chronic hallucinatory psychosis, *The Journ. of ment. sc.*, N° 273, avril 1920, p. 99.

(2) DUPRÉ et GELMA. — Hallucinose chronique. Société de psychiatrie, séance du 16 février 1911 ; in *Encéph.*, 1911, t. I, p. 282.

(3) Ph. CHASLIN. — *Eléments de sémiologie et clinique mentales*, Paris, 1912, p. 839.

(4) Paul CAMUS. — *L'Encéphale*, 10 juin 1911 ; t. I, p. 521.

(5) Henri CLAUDE. — Soc. de psychiatrie, séance du 18 décembre 1913 ; in *Encéph.*, 10 janvier 1914, t. I, p. 57.

l'étude, à en distinguer de nombreuses variétés : formes « essentielles » et symptomatiques, formes selon l'évolution : primitives et secondaires, aiguës et chroniques, formes suivant les symptômes : simples (unisensorielles, plurisensorielles et à hallucinations psychiques), compliquées ou associées.

Parmi les formes selon la symptomatologie, nous rangerons l'hallucinoïse avec confusion mentale secondaire (cas de Séglas) et les faits compliqués de « délire minime non extensif » (Esquirol, Pron, Alajouanine et Codet). L'observation curieuse de M. Buvat (1) constitue plutôt un exemple d'association morbide qu'une forme compliquée. Dans les formes simples, les hallucinations intéressent soit plusieurs sens dans des proportions variables, soit un seul (vue, ouïe). Nous joindrons à ce groupe une troisième forme, à base d'hallucinations psychiques, dont nous avons observé un exemple rapporté dans la thèse de l'un de nous (2) et à laquelle il semble que l'on puisse rattacher deux observations publiées par Juquelier et Le Maux (3) et par H. Beaudouin (4). Il s'agissait, chez notre malade, d'un état « pseudo-hallucinoïse », secondaire à un accès de mélancolie anxieuse associée à des hallucinations intenses, en rapport avec la syphilis cérébrale et qui n'est pas sans présenter une étroite parenté avec l'observation rapportée par l'un de nous et Mlle Pezé à la Société médico-psychologique (séance du 27 novembre 1922) : délire onirique suivi d'un état obsédant avec hallucinations d'abord auditives, puis psychiques.

A côté de ces formes, on peut considérer des formes selon l'évolution. Des exemples d'hallucinoïse aiguë,

(1) BU VAT. — Soc. de psychiatrie, séance du 15 juin 1911 ; in *Encéph.*, t. II, p. 153.

(2) J. LEYRITZ. — L'hallucinoïse. Thèse de Paris, 1923.

(3) JUQUELIER et LE MAUX. — Hallucinations auditives ou psychiques ? *Bulletin de la Soc. clin. de méd. ment.*, séance du 17 mai 1920, p. 123.

(4) H. BEAUDOIN. — Délire d'influence psychique terminé par la guérison. *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, séance du 20 décembre 1920, p. 257.

terminée par la guérison, quelquefois après une phase transitoire d'hallucinations conscientes, ont été observés par Esquirol, Séglas, Seltzky, Crinon (1), Brunet et Calmette (2), etc. On peut en rapprocher l'observation princeps d'hallucinations lilliputiennes de M. Leroy (3); il s'agit d'un état d'onirisme à forme d'hallucinose (croyance à la réalité des hallucinations, absence d'idées délirantes surajoutées).

Aux observations d'hallucinose chronique dues à Lélut, Cotard, Buvat, etc., nous ajouterons le fait suivant, recueilli par nous il y a quelques années, que caractérise sa longue durée sans évolution délirante ou démentielle chez une dégénérée.

Le sujet, une femme âgée de 55 ans, avait un frère interné pour une maladie mentale chronique; sa fille, atteinte d'un délire polymorphe hallucinatoire avec idées mystiques, érotiques et de persécution, s'accompagnant de manifestations de discordance, avait été placée à l'asile de Ville-Evrard. Au cours d'une visite qu'elle lui fit, la mère nous confia qu'elle ne croyait point sa fille malade et qu'elle-même avait éprouvé les mêmes troubles. A 25 ans, elle avait entendu des voix, vu des têtes qui parlaient et s'était mise à prier Dieu toute la journée. Cela dure toujours, mais elle sait ce que c'est et n'a plus peur. Elle voit distinctement tantôt des têtes, tantôt des corps; ils sont immobiles. Ce sont des visions. Elle voit aussi des personnes, presque tous les jours et même la nuit. Elle a des « apparitions », voit des femmes blanches qui causent: on ne peut pas savoir si c'est la Vierge. Quelquefois, elles disent des choses agréables; « ça vous pousse, quand on rit ça vous dit des sottises et ça se retire ».

Elle a été « touchée » de personnes qui lisent de mauvais livres; elle ne croit pas que ce soit « la maladie » et au début il fallait qu'elle se confessât.

Cela apparaît aussi bien quand elle prie à l'église, chez

(1) CRINON. — *Bull. de la Soc. clin. de méd. ment.*, 19 avril 1909, p. 115.

(2) BRUNET et CALMETTE. — *L'Encéphale*, 1910, p. 291.

(3) R. LEROY. — Les hallucinations lilliputiennes. Société médico-psychologique, séance du 26 juillet 1909; in *Ann. méd.-psych.*, 1909, p. 278.

elle, dans la rue. Des fois, ça bâille comme des gueules de four, avec des dents longues. Ça cherche à vous faire peur. A l'église, elle voit parfois des serpents qui bougent et qui traversent.

Tout cela, elle le voit bien avec ses yeux ; il lui arrive aussi, sans voir personne, d'entendre des insultes : « m..., m..., vilaine, sale... ».

De ces formes à marche chronique, il convient de rapprocher les cas de Dupré et Gelma, Boudon et P. Kahn (1), Dupré et Collin (2), etc., dans lesquels l'hallucinosse se présente comme la première période, plus ou moins prolongée, d'une psychose systématisée, ainsi que l'avait déjà indiqué Ziehen.

Enfin, si l'hallucinosse est le plus souvent primitive, elle s'installe parfois à la suite d'un trouble psychopathique antérieur, délire alcoolique (Crinon, Alajouanine et Codet), mélancolie anxieuse (cas personnel), ou épisode délirant comme dans l'observation ci-dessus.

Les causes de l'hallucinosse sont assez variables. Les malades qui en sont atteints sont souvent des débiles et l'on a voulu voir dans ce fait la raison de l'absence d'idées délirantes surajoutées. En fait, il existe des délires des débiles et, d'autre part, certaines hallucinosses versent secondairement dans le délire confirmé. La démence n'est pas davantage en cause et l'on voit que chez le malade de M. P. Camus les idées délirantes apparurent parallèlement aux progrès de l'évolution dementielle. C'est plutôt dans la constitution psychopathique que dans le fond mental qu'il faut chercher, semble-t-il, les raisons de la présence ou de l'absence de conceptions délirantes.

M. Rogues de Fursac (3) considère l'hallucinosse comme une expression de la démence précoce à forme

(1) DUPRÉ et GELMA. — *Loc. cit.* — BOUDON et Pierre KAHN. Société de psychiatrie, 15 juin 1911 ; in *Encéphale*, 1911, t. II, p. 159.

(2) DUPRÉ et André COLLIN. — Société de psychiatrie, 15 juin 1911, t. II, p. 159.

(3) J. ROGUES DE FURSAC. — *Manuel de psychiatrie*, 5^e édit., Paris, 1917.

paranoïde. Cette opinion paraît confirmée par un certain nombre de faits publiés et par une observation que l'un de nous doit à l'extrême obligeance du D^r Olivier (de Blois) : à une hallucinose ayant duré quatre ans succéda un délire hallucinatoire associé à quelques symptômes schizophréniques (1). Dans le fait que nous résumons plus haut, il s'agit d'une hallucinose auditive, du sens musculaire et visuelle durant depuis vingt ans chez une débile dégénérée ; mais les hallucinations chroniques de la vue sont d'observation rare et l'on peut se demander si l'apparente débilité de la malade n'est pas l'expression d'une démence précoce fruste, fixée, l'hallucinose n'étant qu'un reliquat délirant.

Néanmoins, cette étiologie nous paraît trop limitative. C'est surtout aux troubles mentaux liés aux états toxi-infectieux ou d'épuisement que s'apparente le syndrome « hallucinose ». On peut en donner des preuves, d'une part d'ordre clinique : nature onirique (cas de R. Leroy), début soudain, le soir, comme dans le délire onirique (Lélut, Lwoff et Condomine, etc.), fréquence des hallucinations visuelles, parfois lilliputiennes ou ne se produisant que la nuit (cas de Lélut), — d'autre part, étiologiques, dans les rapports qu'il présente avec la syphilis nerveuse (Buvat, Beaudoin, Alajouanine et Codet, cas personnel), l'alcoolisme (Crinon, Alajouanine et Codet), la grippe (Brunet et Calmette), une suppuration prolongée chez un brightique (P. Camus), des phénomènes d'auto-intoxication digestive ou d'intoxication médicamenteuse (Buvat), l'hypertension intra-cranienne (H. Claude).

Quant à la *signification* de ce syndrome, elle est essentiellement celle d'une forme de passage, au double point de vue nosologique et de l'évolution. Au point de vue nosologique, les cas d'hallucinose relient entre eux des syndromes mentaux aussi divers que les obsessions et les impulsions (cas de M. Buvat), les psychoses systématisées, la schizophrénie, les états

(1) Cf. J. LEYRITZ. — *Loc. cit.*, p. 43.

confusionnels et oniriques ; au point de vue évolutif, ce syndrome hallucinatoire peut constituer une étape initiale, terminale ou intermédiaire au cours d'un état psychopathique. Une telle synthèse n'est donc légitime actuellement qu'au point de vue strictement descriptif, mais elle a l'avantage de remettre en honneur la conception des anciens auteurs français de la folie dite sensorielle, dans laquelle les hallucinations sont primitives, qui est une réalité clinique. En outre, elle met en relief le rôle que les troubles endogènes ou exogènes des fonctions organiques jouent dans l'éclosion des psychoses, lorsqu'ils interviennent sur un terrain prédisposé.

A propos du divorce pour cause d'aliénation mentale. Guérison sociale de deux cas de schizophrénie de longue durée.

Par le D^r A. PRINCE (1)

En prenant pour exemples différents pays, on a déjà tenté à plusieurs reprises d'introduire cette cause de divorce en France. Sans vouloir traiter le fond de la question qui est plus proprement sociale, et dans laquelle les arguments médicaux ne tiennent que peu de place, l'auteur rapporte les faits qu'il a observés en Alsace-Lorraine, où est actuellement encore en vigueur l'art. 1569 du nouveau code civil allemand qui admet comme cause de divorce l'aliénation mentale d'une durée d'au moins 3 ans, ayant rompu toute communauté intellectuelle entre les époux, et ne laissant plus aucune espérance de rétablissement. La difficulté pour l'expert consiste à établir l'incurabilité de la maladie. M. Prince relate, à ce propos, deux observations de déments précoces ou « schizophré-

(1) Cette communication sera publiée sous forme de mémoire dans les *Annales*.

nes » qui ont guéri avec un très léger déficit mental, et ont pu quitter l'asile et reprendre leurs occupations professionnelles, le premier après 16 années d'internement, le second après 12 années. Dans le premier cas, le divorce avait été prononcé pour cause d'aliénation mentale après les 3 ans exigés par la loi, et ce malade avait été considéré comme définitivement incurable. De semblables faits, qui ne sont pas une grande rareté, doivent rendre les psychiatres extrêmement circonspects en ce qui concerne la notion d'incurabilité qui domine, en définitive, au point de vue médical, la question du divorce pour cause d'aliénation mentale.

DISCUSSION

M. H. COLIN. — Cette question du divorce pour cause d'aliénation mentale incurable est des plus délicates. La solution devrait varier suivant les espèces car, dans bien des cas, il me paraît inhumain et antisocial au premier chef de lier à la vie d'un dément l'existence tout entière d'un individu normal.

M. ARNAUD. — Les deux observations de M. Prince offrent un double intérêt. D'abord, au point de vue du diagnostic, ces guérisons après douze et seize années d'internement ne sont guère conciliables avec l'idée que nous nous faisons en France d'un état de démence véritable, la dénommât-on *précoce*. Ensuite, elles démontrent une fois de plus combien délicate et incertaine peut être l'appréciation de l'incurabilité, et à quel point s'impose la prudence à cet égard, quand il s'agit des rapports de l'aliénation et du divorce.

Sur ce dernier point, et puisque M. Colin soulève la question de principe — question de principe que M. Prince n'aborde pas dans sa communication — je tiens à répéter ce que j'ai eu l'occasion de dire, ici même, peu d'années avant la guerre. J'estime que le problème du divorce, pas plus à propos de l'aliénation mentale que de tout autre motif, ne relève de

notre compétence et ne doit pas être évoqué devant notre Société. Dans une discussion à ce sujet, chacun de nous pourrait apporter des arguments d'ordre sentimental, moral ou social, mais non des arguments d'ordre médical, pas plus qu'il n'en a été produit lors des discussions antérieures. Autant nous serions compétents pour donner, si nous étions consultés, des avis autorisés sur certaines dispositions d'un projet de loi relatif à l'aliénation mentale comme cause de divorce, sur les caractères de la maladie, sur le délai nécessaire pour faire présumer l'incurabilité, et autant nous sommes incompétents, en tant que médecins, sur la question de principe, qui est une question de morale, de sociologie, et nullement une question de médecine.

La séance est levée à 6 h. 45.

Les Secrétaires de séance,
René CHARPENTIER, J. CAPGRAS,

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 29 MAI 1922

Présidence de M. Semelaigne, vice-président

L'assemblée s'est tenue à 3 heures, 12, rue de Seine.

Se sont fait excuser : MM. Ameline, Arsimoles, Aubry, Castin, Deny, Dezwarte, Eissen, Frankenhauser, Gassiot, Gilson, Girma, Jacquin, Lagriffe, Latapie, Lerat, Lépine, Marie, Paris, Perrens, Rayneau, Simon, Sizaret, Sollier, Trénel, Valensi, Védie, Wahl.

Le président donne la parole au secrétaire M. Delmas.

M. DELMAS. — Messieurs, les membres de votre bureau, et plus spécialement votre secrétaire, ont hâte de s'expliquer devant vous sur un incident qui a empêché que les comptes rendus de notre précédente assemblée générale aient pu être envoyés, comme chaque année, à chacun de nos membres.

J'avais, suivant l'habitude, ajouté sur les épreuves définitives, et à la suite du bon à tirer, la demande de 250 tirages à part. Cette indication, parvenue à l'imprimerie a dû être, on ne sait comment, mal lue ou mal transmise. En tous cas, lorsqu'inquiet de ne pas avoir reçu les tirés à part, j'ai demandé des explications à l'imprimeur, celui-ci m'a répondu qu'on avait tiré 50 exemplaires et non 250 et qu'ils avaient été envoyés à notre trésorier, le Dr Dupain. Pourquoi avaient-ils été envoyés au trésorier et non au secrétaire, c'est là également un point mystérieux. S'ils m'avaient été adressés personnellement, je me serais aperçu de l'insuffisance du nombre et aurais tout de suite demandé le complément. Le trésorier, lui, ne pouvait se rendre compte de l'erreur ; il a toujours besoin d'un certain nombre d'exemplaires, il a pu trouver que cette année on était généreux envers lui et c'est tout.

Quand j'ai connu les faits, il était trop tard pour réparer l'erreur, la composition étant détruite et ne pouvant être refaite qu'avec des frais très élevés.

La plupart de nos membres étant abonnés aux *Annales médico-psychologiques* y auront trouvé ce compte rendu *in extenso*, et ainsi aura été atténuée en partie la privation que je viens de vous signaler. Néanmoins, votre secrétaire tient à vous présenter ses excuses et à vous assurer que sa vigilance sera désormais en garde.

Cet incident étant clos, je l'espère, par l'ordre du jour de bienveillance que je vous demande, il me reste à vous entretenir des pertes que nous avons faites parmi nos membres.

Le Dr Samuel Garnier a été pendant très longtemps membre de notre association. Atteint par la retraite, il avait cru devoir, il y a deux ans, donner sa démission. Nous l'avons déploré, car la solidarité entre les médecins aliénistes en vue d'aider les orphelins et les veuves des moins fortunés d'entre nous, nous paraît un devoir que la retraite même ne doit pas interrompre. Nous n'en donnerons pas moins un souvenir ému à ce collègue, qui passa la plus grande partie de sa vie dans les fonctions de médecin directeur de l'asile de Dijon, et nous adressons nos plus vives condoléances à son gendre, le Dr Chèze, qui continue parmi nous la tradition du Dr S. Garnier.

Le Dr Vallon était un lyonnais d'origine et de culture et avait pendant de nombreuses années rempli les fonctions de médecin chef à l'asile de Bron. Il avait toujours fidèlement été attaché à notre association.

Je ne saurais assez dire combien a été douloureusement ressentie parmi nous la perte du professeur Ernest Dupré. Les nombreux articles néerologiques qui lui ont été consacrés, aussi bien dans la grande presse que dans les journaux médicaux, témoignent de la grande place qu'il avait su conquérir. Il s'était donné entièrement à la Psychiatrie, et rien de ce qui intéressait notre spécialité ne pouvait lui rester étranger. C'est pourquoi il avait été, un de nos membres fidèles. Permettez-moi de consacrer quelques mots à sa mémoire.

Deux jours avant sa mort, j'avais été le voir à Deauville, où il se reposait depuis le Congrès de Luxembourg. Il se sentait un peu de lassitude générale, mais il était, comme de coutume, d'humeur gaie, et son esprit avait toujours cette alacrité vive, alerte et incisive que nous connaissions et admirions tous. Quarante-huit après, un ictus le plongeait brusquement dans le coma et entraînait sa mort en quelques heures.

Dupré savait quel danger menaçait sa circulation céré-

brale, et il avait maintes fois souhaité, devant ses intimes, qu'il lui fût accordé d'avoir une attaque brusquement libératrice, plutôt que celle qui peut nous laisser longtemps hémiplégique ou aphasique. Il a ainsi fini comme il l'avait espéré, et ce fut là la seule consolation des siens et de ceux qui l'aimaient.

J'appartiens à une génération qui doit trop à l'enseignement d'E. Dupré pour que je n'insiste pas un moment sur le maître admirable qu'il fut. Dupré avait une érudition formidable. Doué également dans sa puissance de travail et dans sa facilité d'assimilation, il avait des connaissances étendues en médecine générale, en médecine légale, en histoire de la médecine, en psychologie, en sociologie, mais surtout il n'ignorait rien de la psychiatrie. Il lisait et parlait admirablement l'allemand et se servait à l'occasion d'autres langues étrangères. Bien que resté fidèle à la tradition psychiatrique française, il avait visité toutes les écoles allemandes et en particulier la clinique de Munich, où enseignait Kræpelin.

A cette érudition psychiatrique prodigieuse, Dupré joignait une expérience clinique exceptionnelle. Il était, après Magnan, semble-t-il, l'aliéniste qui pouvait se vanter d'avoir vu le plus de malades, et c'est avec une juste fierté que, dans son discours d'entrée dans le conseil des professeurs de la Faculté, il avait indiqué qu'il avait personnellement examiné près de 100.000 psychopathes. Cette abondance des cas, il la devait à son passage pendant près de 20 ans dans cet unique et incomparable service de l'Infirmerie Spéciale, où passent tous les ans plus de 3.000 malades. C'est dans ce service qu'il nous plaît de revoir en pensée le Professeur Dupré. Dans une salle basse, insuffisante, se pressaient, s'écrasaient plus exactement, une affluence d'élèves, dont une partie seulement pouvait se caser, tandis que les autres se pressaient aux portes et dans le couloir. Et là, défilaient une variété de cas aigus, pris sur le vif, à l'occasion d'une brusque éclosion de troubles mentaux, ou d'une réaction scandaleuse, ou d'un délit médico-légal. Dupré n'avait pas la grande éloquence classique ; mais il parlait d'une façon vivante, imagée, saisissante ; il avait le vocabulaire le plus riche qu'on ait jamais vu, et avait le souci d'utiliser toujours les mots les plus précis et les plus justes.

Il appliquait le conseil de Montaigne « quand le français ne peut y aller que le patois y aille », car, lorsque le mot propre n'existait pas, il l'empruntait à une langue

étrangère ou au latin ou au grec, et il ne craignait pas les néologismes, par un besoin impérieux et naturel de clarté. Ceux qui ont eu le bonheur de l'entendre n'oublieront jamais la couleur et la vie qu'il savait donner à son enseignement. Dupré n'a passé dans la chaire de Ste-Anne que juste pour montrer comment il savait comprendre l'enseignement et comment, suivant son désir, il aurait pu faire de cette chaire la première chaire psychiatrique du monde.

Je n'ajouterai plus qu'un mot sur l'œuvre de Dupré.

Elle est malheureusement éparpillée en un très grand nombre d'articles et de publications partielles, et le maître est mort avant d'avoir pu en réunir l'essentiel en quelques livres définitifs. L'académie de médecine l'a élu avant même qu'il n'ait terminé l'exposé de ses titres. Nous espérons que son élève et disciple d'élection, le Dr Logre, ne tardera pas à remplir le pieux devoir de mener à bien cette publication. Nous ne ferons que signaler le remarquable article sur les Démences organiques du *Traité* de G. Ballet et les divers travaux sur le méningisme, le puérilisme, la démence polynévritique, les perversions instinctives et les délires d'imagination. Nous insisterons plus volontiers sur ces deux constructions nosologiques, la Constitution mythomaniacale et la Constitution émotive, qui sont à notre avis la partie la plus originale et la plus importante de l'œuvre de Dupré. Par la description très neuve, très précise et très complète de ces deux constitutions, Dupré est venu achever le cadre des cinq constitutions psychopathiques aujourd'hui presque unanimement admises et, prolongeant et parachevant l'œuvre de son maître Magnan sur la dégénérescence, nous permettre de dresser un tableau satisfaisant des cinq grandes modalités de la déséquilibration psychique.

Comme deux autres de nos maîtres, qui étaient également de grands laborieux, Farabeuf et Morestin, Dupré était volontiers ironique et sévère pour tout ce qui ne pouvait se réclamer soit du travail, soit de l'intelligence. C'était son droit, car il possédait l'une et s'était imposé l'autre.



Nous avons le très grand plaisir de souhaiter la bienvenue à nos nouveaux adhérents, MM. Gouriou, Lautier et Raynier.

Vous avez maintenant à connaître notre situation financière. Je cède la parole à M. le Dr Lallemand qui, aidé de

M. le D^r R. Charpentier, a bien voulu se charger de l'examen des comptes.

M. LALLEMANT. — J'ai vérifié les comptes et les ai trouvés exacts. Je propose de les approuver et de voter des félicitations au trésorier.



M. DUPAIN, Trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice de l'année 1921.

RECETTES DE L'ANNÉE 1921

En caisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1921	468 42
Subvention du Département de la Seine	500 »
Souscriptions d'Asiles	2.073 »
Cotisations des Membres de l'Association	3.680 »
Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1921	6.298 25
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	7.234 05
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier ..	20 27
Remboursement d'un secours (pour ordre)	350 »
	<hr/>
	20.623 99

DÉPENSES DE L'ANNÉE 1921

Secours distribués	10.650 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	416 75
Frais de garde et autres au Crédit Foncier ...	79 52
Dépense d'un secours (pour ordre)	350 »
	<hr/>
	11.496 27
	<hr/>
Recettes	20.623 99
Dépenses	11.496 27
	<hr/>
Excédent de recettes	9.127 72
Cet excédent de recettes est représenté par :	
1° l'encaisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1922	1.054 67
2° le solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1922	8.073 05
	<hr/>
	9.127 72

DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

Le solde créditeur de 8.073,05 au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier résulte des opérations en recettes et en dépenses effectuées au Crédit Foncier en 1921.

Recettes

Solde créditeur au Compte courant au Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1921	6.298 25
Revenus des rentes et titres	7.234 05
Intérêts des fonds en dépôt	20 27
	<hr/>
	13.552 57

Dépenses

Chèques	5.400 »
Frais de garde	79 52
	<hr/>
	5.479 52
	<hr/>
Recettes	13.552 57
Dépenses	5.479 52
	<hr/>

Différence	8.073 05
------------------	----------

Cette différence, 8.073,05, représente le solde créditeur au Compte courant de notre Association au Crédit Foncier au 1^{er} janvier 1922.

DÉTAIL DU COMPTE DU TRÉSORIER

Recettes

Encaisse en deniers au 1 ^{er} janvier 1921	468 42
Subvention du Département de la Seine	500 »
Souscriptions d'Asiles	2.073 »
Cotisations des membres de l'Association	3.680 »
Retraits du Compte courant du Crédit Foncier (Chèques)	5.400 »
Retour d'un envoi de secours (pour ordre)	350 »
	<hr/>
	12.471 42

Dépenses

Secours distribués	10.650 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	416 75
Dépense d'un secours (pour ordre)	350 »
	<hr/>
	11.416 75
	<hr/>

Recettes	12.471 42
Dépenses	11.416 75
Excédent de recettes	1.054 67

Cet excédent de recettes, 1.054,67, représente la situation de l'encaisse en deniers du Trésorier au 1^{er} janvier 1922.

AVOIR DE L'ASSOCIATION AU 31 DÉCEMBRE 1921

Encaisse en deniers du Trésorier	1.054 67
Solde créditeur au Compte courant du Crédit Foncier	8.073 05
4.660 fr. de rente française 3 0/0	
340 fr. de rente française 5 0/0 amortissable 1920.	
360 fr. de rente française 6 0/0 1920.	
20 obligations Ch. de Fer Est-Algérien 3 0/0.	
48 obligations Ch. de Fer Midi anciennes 3 0/0.	
38 obligations Ch. de Fer P.-L.-M. anciennes 3 0/0.	
34 obligations Ch. de Fer P.-L.-M. fusion nouvelle 3 0/0.	

BUDGET DE 1922

Prévisions de recettes :

Cotisations	2.000 »
Souscriptions d'Asiles	1.500 »
Subvention ministérielle	600 »
Subvention du Département de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres	6.700 »
	<hr/>
	11.300 »

Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer	10.000 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	800 »
Frais de droits de mutation et autres du Legs A. Ritti	500 »
	<hr/>
	11.300 »

Prévisions des recettes	11.300 »
Prévisions des dépenses	11.300 »

Balance

Des félicitations au Trésorier sont votées à l'unanimité.

Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil dont les pouvoirs étaient expirés.

Il y a eu de nombreux votes par correspondance.

Sont élus : MM. Cullerre, Delmas, Lalanne, Sérieux et Vallon.

Le Conseil se trouve donc ainsi composé :

MM. Chaslin, Dupain, Rayneau, Semelaigne et Vurpas, dont les pouvoirs expirent en 1923.

MM. Arnaud, Charron, Lallemant, Marchand et Truelle, dont les pouvoirs expirent en 1924.

MM. Cullerre, Delmas, Lalanne, Sérieux et Vallon, dont les pouvoirs expirent en 1925.

La séance est levée à 4 heures.



A la suite de l'assemblée générale, le Conseil se réunit conformément à l'article 11 des statuts pour désigner les membres du bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.

Vice-Président, M. SEMELAIGNE.

Secrétaire, M. DELMAS.

Trésorier, M. DUPAIN.

LISTE DES MEMBRES

Membre à vie

M. Chaslin.

Membres fondateurs

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Briand, Charon, Claude, Chaussinand, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillasier, Girma, Hercouët, Lalanne (G.), Lallemant, Meuriot, Parant, Rayneau, Semelaigne (René), Vallon, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abadie, Abély, Adam (Aloïse), Adam (F.), Alaize, Albès, Ameline, Allamagny, Anglade, Archambault (Paul), Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Beaudouin, Bécue, Bellat, Belletrud, Benon, Bertoye, Bessière (R.), Billet, Boiteux, Bonhomme, Bonnet, Bour, Bourilhet, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus (Paul), Capgras, Carrier (H.), Castin, Charpenel, Charpentier (René), Charpentier (Joseph), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clé-

ment, Clérambault (de), Colin, Collet, Collin (A.), Condoumine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas, Demay, Deny, Depoux, Desruelles, Deswarte, Devaux, Devay, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupin, Dupouy.

Eissen, Euzières.

Fassou, Fenayrou, Frankhauser, Frey.

Gassiot, Genil-Perrin, Gelma, Gilson, Gimbal, Gouriou, Guiraud, Guiard, Guyot (Aug.).

Halberstadt, Hamel (Jacques), Hamel (Maurice), Haury, Hesnard, Heuyer.

Jacquín, Janet, Journiac.

Kahn (Pierre).

Lachaux, Lafage, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne (A.), Larrivé, Latapie, Latreille, Lautier, Legrain, Lépine (Jean), Leroy, Lerat, Levet, Livet, Logre, Loup, Lévy-Valensi, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilâtre, Mallet, Marchand, Marie, Maupaté, Meilhon, Mercier, Mézie, Mignard, Mignot, Monestier, Mourgues.

Nageotte, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pain, Paris, Pasturel, Péliissier, Perrens, Petit, Pezet, Pichenot, Planat, Pochon, Porot, Prince, Privat de Fortunié.

Quercy.

Raffegau, Ramadier, Raviart, Raynier, R. d'Allonnes, Renaux, Riche (André), Ricoux, Rist, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (Calixte), Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Séglas, Sengès, Sérieux, Simon, Sizaret, Sollier, Suttel.

Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védie (Henri), Vernet, Viel, Vieux, Vignaud, Vinchon, Viollet, Vurpas.

RÉSUMÉ

Membre à vie	1
Membres fondateurs	22
Membres sociétaires	200
Total	223

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 19 Février 1923

Président : M. le D^r ARNAUD

Sur un cas de délire de richesse. — MM. ROBIN et SONN présentent un ébéniste de 58 ans, éthylique chronique, qui, à la faveur d'un état confusionnel passager avec excitation intellectuelle et onirisme léger fit un délire de richesse avec récits imaginaires de visites à un notaire, à un oncle d'Amérique, etc... L'affaiblissement intellectuel explique la persistance des idées délirantes dont le mécanisme est purement imaginatif, toute conception interprétative ou hallucinatoire devant être laissée de côté.

Hallucinations psycho-motrices obsédantes à caractère coprolalique. — MM. Henri COLIN et Gilbert ROBIN présentent une mélancolique anxieuse de 43 ans qui, depuis le mois d'août 1922, à la suite d'un pèlerinage à Lourdes, est possédée du Diable. Prédominance d'hallucinations psycho-motrices kinétiques simples sans impulsions verbales, mais d'un caractère obsédant et coprolalique, la malade se croyant obligée de prononcer, par l'effet du démon, des propos orduriers en présence d'objets et d'images sacrés. Hallucinations génitales et cœnesthésiques multiples. Fond de débilité et de déséquilibre psychiques ayant motivé, dès l'âge de 12 ans, des préoccupations religieuses avec hallucinations visuelles et, il y a 9 ans, un accès léger de mélancolie avec idées de possession passagères. Les auteurs insistent sur la différence symptomatique et nosographique de la démonopathie externe et de la démonopathie interne. Ils font remarquer l'analogie de leur malade avec les possédées aujourd'hui historiques qui, longtemps classées dans l'hystérie, paraissent pour un grand nombre avoir été des mélancoliques auto-accusatrices et qui étaient souvent condamnées à périr sur le bûcher.

Deux cas d'épilepsie avec aura gustative, par MM. Marcel BRIAND et JUDE. — Dans un cas, il s'agit d'une aura, caractérisée par un goût fade, indescriptible, mais qui est

toujours le même et que le malade reconnaît parfaitement. Certains jours le goût est plus nettement cadavérique. Le sujet essaie de lutter mais ne peut généralement pas empêcher le vertige.

L'autre malade, blessé de guerre et trépané dans la région occipitale droite, présente avec une hémianopsie latérale homonyme gauche, des accidents comitiaux qui ont débuté 6 mois après la blessure.

Il est prévenu de l'arrivée de la crise deux minutes à l'avance par un « goût de chloroforme ou d'éther », qui lui vient à la bouche sans changer de saveur. En même temps sa vue se brouille. Mêmes efforts généralement impuissants pour empêcher la suite des phénomènes épileptiques.

Ces observations présentent un double intérêt : elles montrent, d'une part, la fréquence assez grande des auras épileptiques, en particulier des auras sensorielles, qui peuvent passer inaperçues si on ne les recherche pas et, d'autre part, l'importance de leur découverte, qui peut devenir précieuse pour aider au diagnostic dans les cas douteux.

Arrêt brusque d'un accès maniaque à l'occasion d'une thrombose artérielle. Reprise des manifestations avec le retour de la circulation, par M. H. CLAUDE et Mlle M. BADONNEL. — Il s'agit d'une malade atteinte de psychose intermittente ayant nécessité plusieurs internements antérieurs. Huit jours après le début d'un accès maniaque avec agitation violente, des accidents de thrombose artérielle se produisent au niveau de la jambe droite. L'accès maniaque cesse brusquement. L'excitation réapparaît au moment où le rétablissement de la circulation devient enregistrable à l'oscillomètre. Peut-être est-il possible d'invoquer comme cause de l'arrêt brusque de l'accès maniaque la mise en liberté de protéines hépatiques, liée au processus de thrombose (Nolf) et ayant déterminé un choc.

Lymphocytose transitoire dans une affection mentale aiguë curable, par M. CÉNAC (Service du Dr Trénel). — L'auteur présente une malade atteinte de lymphocytose transitoire au cours d'un délire d'emblée par épuisement, lactation, ménorrhagies répétées, caractérisé par un état hallucinatoire constitué uniquement par des hallucinations de l'ouïe, illusions et fausses interprétations. Les réactions humérales ayant toujours donné chez cette malade des résultats négatifs (Bordet-Wassermann, Hecht, Guil-

lain négatifs), la lymphocytose donne un cachet particulier à cette observation et permet de la rapprocher d'une maladie présentée par Leroy et Cénac à la précédente séance de la Société Clinique de Médecine mentale.

Tubercules calcifiés des couches optiques et du cervelet. Anomalie du cervelet avec abcès otitique, — MM. LEVET et BEAUSSART présentent des pièces prélevées sur le cerveau d'un individu âgé de 30 ans, interné pour imbécillité avec mauvais instincts. La mort avait été attribuée à une méningite pure en raison de l'absence apparente de réaction aiguë otitique.

Ivresse délirante et délire à éclipses. — Observation d'un homme de 39 ans, sans profession définie, déséquilibré alcoolique, mythomane, qui, à l'occasion d'accès ébrieux, commet le délit de port illégal d'uniforme et de décorations. Plusieurs fois condamné, puis interné dans les asiles ou simplement remis en liberté après passage à l'Infirmierie spéciale, ses idées délirantes mégalomaniaques semblent toujours avoir pour conséquence de le décorer, ce qui montre l'homologie du thème imaginatif à chaque accès et conditionne la stéréotypie de l'acte délictueux. De ce point de vue il semble que l'on puisse rapprocher ce cas du délire à éclipse, bien décrit par Mlle Alexandre dans sa thèse de 1920.

BIBLIOGRAPHIE

Le numéro du 23 décembre 1922 de Paris Médical, le grand magazine médical, dirigé par le professeur GILBERT, est exclusivement consacré à Pasteur. En outre d'articles rédigés à la gloire de Pasteur, le numéro reproduit quelques-unes des plus belles pages de ce grand savant.

Voici la table des matières : L. PASTEUR, La dissymétrie moléculaire ; L. PASTEUR, Expériences et vues nouvelles sur la nature des fermentations ; L. PASTEUR, Extension de la théorie des germes à l'étiologie de quelques maladies communes ; L. PASTEUR, Microbes pathogènes et vaccins ; GUIART, Hommage à Pasteur ; RICHET Ch. Père, La gloire de Pasteur ; LOIR, Souvenirs sur Pasteur ; RABIER, Un Grand Homme.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Le traitement hygiénique et diététique de la tuberculose pulmonaire. — Les Hémoptysies tuberculeuses, par le D^r JAQUEROD (2 opuscules in-16, 142 pages et 146 pages, Payot et C^{ie} édit., Lausanne-Paris).

Le premier de ces petits opuscules, écrit pour les malades, leur donne, avec les indications nécessaires sur la tuberculose pulmonaire, d'excellents conseils de thérapeutique et d'hygiène.

Le deuxième est une étude clinique sur les hémoptysies tuberculeuses. L'auteur insiste sur ce fait que l'hémoptysie au cours de la tuberculose pulmonaire est loin d'être toujours un accident grave et redoutable. Non seulement elle se termine favorablement dans la majorité des cas, mais elle paraît souvent se présenter dans des formes de tuberculose pulmonaire qui tendent naturellement à la cicatrisation et qui aboutissent à la guérison. D'autre part, la fréquence et la gravité des hémoptysies diminuent en raison directe des progrès de cicatrisation de la lésion pulmonaire.

H. C.

PROPHYLAXIE

Milieux de Misères, par S. COURGEY, *Notes médico-sociales*. (1 vol. in-16, 240 pages, Paris, 1922, A. Maloine et fils, édit.).

Livre dans lequel un médecin de la banlieue parisienne décrit avec une hauteur de pensée qui honore notre profession les misères auxquelles il assiste chaque jour. Le dur labeur professionnel, témoin quotidien des souffrances des humbles, lui a permis de les comprendre et de les exposer en une série de tableaux dans lesquels l'humaine

pitie s'accompagne d'une révolte légitime contre l'insuffisance de la lutte sociale entreprise pour faire disparaître ces souffrances si souvent imméritées. Femmes et veuves ouvrières, filles-mères, enfants, adolescents, vieillards, types nombreux qui soulèvent tant de problèmes, sont décrits sous les multiples aspects de leur vie, de leurs maladies, de leur mort. Les fléaux sociaux : maladies vénériennes, alcoolisme, tuberculose, facteurs de dégénérescence de la race, sont étudiés ensuite avec les misères qu'ils entraînent.

Le volume se termine par une critique des œuvres sociales actuelles et par quelques pages sur le rôle de l'école comme facteur d'éducation morale et d'éducation hygiénique. Sa lecture, s'il en était besoin, ranimerait la foi en l'urgente nécessité d'un effort général de prophylaxie. La lutte contre les maladies évitables, la vulgarisation des notions essentielles d'hygiène amèneront dans un avenir qu'on doit espérer prochain la disparition de tant de misères, et contribueront non seulement à la prolongation de la vie humaine, mais aussi et surtout à la santé morale de l'humanité.

René CHARPENTIER.

Les Maladies dites Vénériennes, par le Dr Paul RAVAUT, médecin de l'Hôpital Saint-Louis, 1 vol. in-16, 214 pages, 23 fig. (Paris, 1922, Armand Colin, édit.).

Ce livre est destiné à des lecteurs non médecins auxquels il apprendra, s'ils l'ignorent, l'importance individuelle et sociale des maladies vénériennes, leurs conditions étiologiques, leurs signes cliniques et humoraux et, dans les grandes lignes, comment se pose la question du diagnostic et du traitement.

Les dangers de l'ignorance, en matière de risques sexuels, ou de contagion extra-vénérienne des mêmes maladies, sont tels que le public doit en être prévenu. Car, ainsi que l'écrit le Dr Roux dans l'avant-propos de l'ouvrage, comment se défendre contre des affections dont on n'est pas averti ?

Les moyens thérapeutiques actuels sont de nature à faire diminuer très rapidement la fréquence de la syphilis. Et si ce bon combat était conduit comme il devrait l'être, il est vraisemblable que la terrible infection qui peut frapper tous les êtres et tous les organes, aux divers âges de la vie, pourrait devenir assez rapidement une exception.

Quand on songe aux ravages faits chaque année dans l'humanité par les affections syphilitiques ou hérédo-syphilitiques, on ne peut s'empêcher de penser que la prophylaxie de la syphilis est une des conditions essentielles de toute la prophylaxie.

Elle constitue en tous cas une base nécessaire à la prophylaxie des maladies nerveuses et mentales. Aussi ne saurait-on trop remercier ici M. Ravaut pour l'exposé si clair, si documenté qu'il a bien voulu écrire, exposé qu'il faudrait mettre entre les mains de tous ceux qui ont besoin d'être prévenus, c'est-à-dire entre les mains de tous.

René CHARPENTIER.

Le Péril toxique en Amérique, par le D^r L. VERVAECK (in *Revue de Droit Pénal et de Criminologie et Archives Internationales de Médecine légale*, Bruxelles, Janv. 1923).

Dans cet article, M. Vervaeck, directeur du service d'anthropologie pénitentiaire de Belgique, expose les résultats des enquêtes faites sur l'extension croissante des toxicomanies aux Etats-Unis. Pour qu'il y ait toxicomanie bien établie, et ce fait offre un grand intérêt au point de vue médico-légal et pénal, il faut deux conditions : l'existence de symptômes d'intoxication organique et l'apparition de troubles résultant de la privation du poison.

La toxicomanie est observée en Amérique avec une fréquence croissante, sans distinction d'âge, de sexe, de race, de classe sociale, de culture. L'augmentation, au pénitencier d'Atlanta, des admissions de condamnés pour toxicomanie est de 100 pour 100 chaque année depuis 1919. L'usage de l'opium est moins fréquent que celui de la morphine, et surtout de l'héroïne, et la vente clandestine des narcotiques est organisée d'une façon très ingénieuse dont M. Vervaeck donne des exemples.

Une tentative administrative d'imposer le traitement des toxicomanes dans un hôpital spécial a soulevé de vives protestations.

Les sources principales incriminées aux Etats-Unis sont : la prescription médicale, la suggestion ou l'exemple, la curiosité ou le plaisir. Pour M. Vervaeck, le problème est infiniment plus complexe ; l'habitude du toxique s'acquiert et se maintient à la faveur de prédispositions et de causes, les unes individuelles, les autres sociales. Le D^r Copeland pense que la prohibition des boissons alcooliques a pu, dans une certaine mesure, favoriser la vogue des

narcotiques. Selon lui, « certains alcooliques sont devenus des toxicomanes ». Les services policiers chargés à Washington de la répression des délits toxiques estiment, au contraire, que la prohibition n'a fait que mettre en évidence le problème connexe de l'usage des narcotiques. Cette dernière opinion est partagée par les fonctionnaires du Ministère de la Justice. M. Vervaeck est d'avis que, sauf dans des cas très rares, la privation de l'alcool ne prédispose pas aux autres intoxications.

Le péril toxique s'annonce en Amérique comme très redoutable. La limitation de l'importation de l'opium et de ses dérivés, l'interdiction de leur exportation, le contrôle de la fabrication et du débit pharmaceutique des narcotiques, ainsi qu'une propagande éducative faite dès l'école ont été proposés pour lutter contre ce fléau. De même que dans la lutte antivénérienne et antialcoolique, à côté de l'action médicale thérapeutique, l'action éducative et morale, plus fructueuse et moins onéreuse, a un rôle capital à jouer dans la prophylaxie des toxicomanies.

René CHARPENTIER.

NEURO-PSYCHIATRIE

Système nerveux, par MM. les Professeurs CESTAN et VERGER, in *Précis de Pathologie Interne* (Tome IV) (3^e édition, 1 vol. in-16, 916 pages, Paris, Masson et C^{ie}, édit.).

Cette troisième édition de l'excellent Précis de MM. Cestan et Verger est caractérisée par la disparition de toute barrière entre la neurologie et la psychiatrie. Si tous sont d'accord maintenant pour considérer ces deux sciences médicales comme les branches d'un même tronc, il n'est pas habituel cependant de voir décrire la neuro-psychiatrie comme un seul chapitre de la médecine. La psychiatrie, écrivent judicieusement MM. Cestan et Verger, est la physiologie pathologique du cerveau et ne peut se séparer de l'étude des fonctions neurologiques proprement dites ; de même, le neurologue ne peut rester indifférent devant les conséquences que le trouble des fonctions neurologiques peut apporter aux fonctions psychiques. Cette façon de faire nécessite la double compétence du neuro-psychiatre. Elle a le grand avantage de réunir en un seul volume des états si souvent associés dans la pratique, d'éviter aussi la répétition et le manque d'unité de descriptions qui figureraient à la fois dans la partie neurologique et la partie psychiatrique de l'ouvrage.

C'est ainsi que l'étude des syndromes cérébraux débute par l'exposé des troubles psychiques élémentaires. La Démence sénile figure parmi les troubles du système nerveux d'origine vasculaire, la confusion mentale primitive et les délires aigus toxi-infectieux parmi les infections aiguës toxiques et infectieuses, entre l'insolation et les méningites aiguës, l'alcoolisme chronique parmi les affections chroniques diffuses et non spécifiques. L'épilepsie, l'hystérie (MM. Cestan et Verger décrivent encore une manie hystérique), les syndromes cinétiques (chorées, tics, spasmes, tremblements, etc.), la neurasthénie, amènent à l'étude des psychoses dites essentielles. Ce groupe, qui comprend l'exposé de la technique séméiologique, l'étude de la manie, de la mélancolie, de la démence précoce, de la dégénérescence mentale, de la folie morale, des psychoses systématisées et de la psychasthénie (obsessions et impulsions), ne comprend que 34 des 916 pages de l'ouvrage, tandis que l'hystérie à elle seule en occupe 33. Aussi peut-on se demander si l'intéressante conception des auteurs ne gagnerait pas dans une prochaine édition à un développement un peu plus important de la partie psychiatrique de l'ouvrage.

Destiné aux praticiens, le volume de MM. Cestan et Verger se termine par l'exposé des notions pratiques indispensables sur l'assistance et l'internement des aliénés. C'est un livre précis, surtout clinique, dont on ne saurait trop louer la netteté et la clarté des descriptions.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Maladies du Système nerveux, par M. le Professeur Henri CLAUDE (in *Traité de Pathologie Interne*, Bibl. Gilbert et Fournier, 2 vol., 550 pages et 880 pages, J.-B. Baillière et fils, édit., Paris, 1922).

Le premier volume de ce traité débute par l'étude de la *pathologie générale du système nerveux* : étiologie générale, mécanisme des troubles nerveux, exposé des grands syndromes qui traduisent les troubles de l'activité psychiques et ceux de l'activité motrice et sensitive. Dans la *pathologie spéciale*, M. le Professeur H. Claude donne une description très détaillée, très claire et très didactique des maladies du *cerveau* : lésions en foyer, lésions diffusés, maladies des méninges, hydrocéphalies, grands syndromes anatomo-cliniques complexes (syndrome d'hypertension intracrânienne, syndrome commotionnel, syndrome d'irritation

corticale, chorées), syndromes localisés ou régionaux (aphasie, apraxie, agnosie, syndromes des lobes frontaux, temporaux, pariétaux, occipitaux, syndromes thalamique, du corps strié, pseudo-bulbaire, du corps calleux, syndrome diplégique, maladie de Wilson, etc.). L'exposé des maladies du *cervelet*, des tubercules quadrijumeaux, des pédoncules cérébraux, de la *protubérance* et du *bulbe* termine ce volume.

Le *deuxième volume* traite des maladies de la *moelle*, des méninges spinales, des racines rachidiennes, des plexus et des *nerfs périphériques*, des maladies des muscles. Un important chapitre est consacré à la pathologie du *système endocrino-sympathique* et à la pathologie des *glandes endocrines*. L'ouvrage se termine par l'étude des *névroses* et des *psychonévroses*. Ce dernier chapitre, rédigé avec la collaboration de M. Lévy-Valensi, comporte, avec une critique intéressante des diverses théories de l'hystérie, des vues originales sur les rapports de l'hyperémotivité, héréditaire, congénitale ou acquise, avec l'équilibre défectueux des glandes endocrines et des systèmes sympathiques. Contrairement à la plupart des psychiatres, MM. Claude et Lévi-Valensi admettent encore l'existence de la folie hystérique et des hallucinations hystériques. L'hystérie et la neurasthénie sont du ressort de la psychiatrie et sont des maladies de la sensibilité et de la volonté. Elles forment, avec la névrose émotive, le groupe des psychonévroses.

Ces deux volumes, écrits pour l'étudiant et pour le praticien, illustrés de nombreuses figures, constituent, tant par leur méthode d'exposition que par les vues personnelles qu'ils renferment, un traité des maladies du système nerveux que tous liront et consulteront avec intérêt et profit.

René CHARPENTIER.

MÉDECINE LÉGALE

Les Réformes du Régime pénitentiaire en Belgique, par le Professeur HÉGER-GELBERT (*Revue de l'Université de Bruxelles*, juin-juillet 1922).

L'auteur expose de façon précise les modifications obtenues depuis l'arrêté royal de 1920, où le ministre Vanderselde, excellemment conseillé, rompait avec les méthodes désuètes de répression et introduisait, dans la vie des prisons, les éléments nécessaires au relèvement des condamnés et à leur réadaptation sociale. Cette réforme ne pouvait être fondée que sur les données récentes de

l'anthropologie criminelle, libérée des conceptions par trop dogmatiques et stérilisantes de l'Ecole de Lombroso. Le laboratoire anthropologique de Forest, constitué grâce aux patients efforts du D^r Verwaeck, servit de modèle ; ainsi fut-il possible d'opérer parmi les détenus un classement pratique, et qui permet de choisir les délinquants capables d'un redressement digne des efforts qui y sont consacrés. Au *quartier de répression* de Forest est maintenant substituée une *infirmerie psychiatrique*. L'organisation du travail est prévue sous les formes suivantes : *prisons écoles*, telle la prison école industrielle de Gand ; les condamnés mineurs y sont répartis en douze ateliers, où ils apprennent le travail du fer, du bois, du cuir, du vêtement, etc. La prison école agricole de Merxplat, installée dans un ancien dépôt de mendicité, dont la population, sous l'efficacité des lois de prophylaxie sociale, est tombée de 6.000 à 1.600 ; *ateliers* à l'intérieur des prisons, et j'ai moi-même été émerveillé de la belle tenue et du rendement de l'atelier de menuiserie installé à la prison de St-Gilles ; *travail cellulaire*, auquel on utilise les infirmes, les prisonniers âgés et aussi les pervers inadaptables, fauteurs de désordre et d'indiscipline ; *écoles ménagères*, où les détenues apprennent à se rendre compte de toutes les nécessités qu'entraîne la charge d'un ménage.

Le salaire des ouvriers constitue pour eux un stimulant : une partie sert à indemniser, dans une certaine mesure, leur victime ou ses ayant droit ; le reste est partagé entre le détenu, qui peut ainsi se procurer certains suppléments, et sa famille ; à défaut de celle-ci, il se constitue un pécule qui lui sera précieux à la sortie de prison.

Cette assistance par le travail n'empêche pas la répression pénale sous forme d'emprisonnement cellulaire pour tout le temps qui n'est pas consacré au travail, au traitement éducatif ou aux exercices physiques. Avec des méthodes semblables, mises en œuvre aux Etats-Unis depuis 20 ans, l'Etat de Minnesota réalise des excédents budgétaires qui, tous frais payés, traitement du personnel compris, se sont élevés en 1919 à 47.000 dollars. En même temps s'est abaissé le pourcentage de la délinquance.

Enfin, l'œuvre si remarquable de nos amis de Belgique est couronnée par la prévision d'une assistance post-pénitentiaire très souple, organisée selon des méthodes scientifiques, véritable service social armé d'une réglementation particulière.

Albert BROUSSEAU.

VARIÉTÉS

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES D'ALIÉNÉS

Le jury du concours des médecins des asiles d'aliénés en 1923 est constitué comme suit :

Président : M. le docteur Dequidt.

Membres titulaires : M. le professeur Abadie ; MM. les docteurs Ducos, Vurpas, Fouque, Legrain et Charpenel.

Membres suppléants : MM. les docteurs Loup et Leroy.

Le concours s'est terminé le
par la nomination, dans l'ordre de classement, de MM. les Docteurs Fauvel, Perrussel, Adam, Vernet, Perret, Mlle Pezé, Leyritz, Guillermin.

DEUXIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL DE PATHOLOGIE COMPARÉE

La date d'ouverture est définitivement fixée au 7 octobre 1923 (du 7 au 14).

70 rapports et communications sont actuellement inscrits.

Il est à souhaiter que la France, qui a eu l'initiative du Congrès de Pathologie Comparée, en 1912, soit largement représentée à Rome. Médecins, vétérinaires, botanistes, biologistes sont donc invités à envoyer leur adhésion à M. le P^r Ed. Perroncito, Président du Congrès, 40, Corso Valentino, à Turin.

Le Secrétaire du Comité Français,
Ch. GROLLET.

UN CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYGIÈNE MENTALE AURA LIEU A NEW-YORK EN AVRIL 1924

La Ligue française d'Hygiène mentale, présidée par le D^r Toulouse, organise avec la Ligue d'Hygiène mentale belge et avec le Comité national d'Hygiène mentale des Etats-Unis un Congrès international qui se réunira à New-York en avril 1924.

Le professeur Ley, de Bruxelles, récemment revenu d'Amérique, a exposé au Conseil d'Administration de la C. H. M. les résultats de la mission au cours de laquelle

il a étudié sur place l'important mouvement pour l'Hygiène mentale développé aux Etats-Unis sur l'initiative du grand philanthrope Clifford W. Beers.

Le D^r. Genil-Perrin doit centraliser à Paris la participation des différents groupements européens au prochain Congrès international. On se rappelle d'ailleurs qu'une vingtaine de nations étrangères étaient représentées au Congrès d'Hygiène mentale organisé à Paris par le L. N. H. en juin dernier.

On doit se féliciter de l'extension de ce mouvement, qui dépasse de beaucoup la question de l'Assistance aux psychopathes et de la prophylaxie de la folie.

Il s'agit, en effet, d'une œuvre d'assainissement moral de haute portée sociale qui se réalise par les voies les plus diverses : lutte contre l'abus des stupéfiants, dont s'est préoccupé à juste titre la société des nations, réorganisation de la pédagogie des arriérés et de la protection de l'enfance, réforme du système pénal, sélection psychophysiologique des travailleurs et organisation scientifique du travail, conformément aux vœux émis par les trois conférences internationales de psychotechnique.

Toutes les manifestations de l'activité humaine gagneront à être régies par les grands principes de l'Hygiène mentale, dont l'application sera facilitée par les travaux du Congrès international de New-York, à l'égard duquel les mondes de l'enseignement, de l'Hygiène sociale et du travail marquent dès à présent le plus vif intérêt.

Tous les groupements des nations d'Europe qui désirent participer à ce Congrès sont priés de se mettre en rapport avec le D^r Genil-Perrin, Secrétaire général de la Ligue d'Hygiène mentale, 99, avenue de la Bourdonnais, à Paris.

MONUMENT MAGNAN

L'inauguration aura lieu à l'Asile clinique dans la dernière semaine de mai. Pour souscrire, s'adresser à M. Masson, trésorier du Comité, 120, Boulevard St-Germain. Les souscriptions de 40 francs donnent droit à une plaquette commémorative.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

L'Examen médical des chauffeurs mécaniciens

Notre pays est certainement l'un de ceux où l'opinion publique est la plus lente à s'émouvoir et où se fait le plus rapidement l'oubli des causes qui ont provoqué cette émotion. Ainsi se trouve retardée l'application des moyens propres à éviter que le retour des mêmes causes ne produise les mêmes effets.

Conçoit-on, par exemple, qu'on n'ait pas encore pensé aux mesures à prendre pour éviter la catastrophe qui se produira inévitablement, un jour ou l'autre, sur les lignes du Métropolitain. Ce mode de transport, pratique bien que peu agréable, constitue, à certaines heures de la journée, un véritable danger public auquel il serait probablement facile de remédier avec un peu de bonne volonté, soit en multipliant les rames, soit, si la chose est impossible ainsi qu'on le prétend, en limitant le nombre des voyageurs admis sur les quais. Un simple tour-

niquet à compteur automatique, laissé en place pendant quelques jours, indiquerait le nombre des voyageurs descendant de chaque train dans les stations — toujours les mêmes — où se produit l'affluence aux heures critiques de la journée et, en même temps, le nombre des voyageurs à admettre sur les quais pour les remplacer.

Qui se souvient encore de la campagne de presse provoquée par une série retentissante de crimes commis par des aliénés, il y a juste un an ? On incriminait la loi de 1838 incapable de nous protéger, disait-on, on s'étonnait, et à juste titre, que les aliénés fussent laissés en liberté !

Les nombreux accidents dus aux chauffeurs d'automobiles ont provoqué une émotion non moins vive et des campagnes de presse aussi ardentes, en raison de leur fréquence et, il faut bien ajouter, à cause de la qualité de certaines des victimes. Espérons qu'on trouvera enfin des solutions pratiques. Le problème est d'importance et ne se limite pas aux chauffeurs de taxis, mais englobe tous les agents qui sont chargés du transport collectif des voyageurs, c'est-à-dire les employés de chemin de fer (chauffeurs, mécaniciens, aiguilleurs, chefs de trains, etc.) et les conducteurs de tramways et d'autobus.

La Ligue de prophylaxie mentale s'est préoccupée de la question et la Compagnie des Transports en commun de la région parisienne a confié l'examen de ses wattmen à l'un des membres de la Ligue, M. Lahy, qui continue ainsi les observations poursuivies pendant la guerre sur les wattwomen par son maître M. Toulouse.

L'Académie de Médecine, enfin, à la suite d'une communication de M. le D^r Fiessinger « Sur l'exa-

men médical des chauffeurs », a nommé une commission composée de MM. Quénu, Tuffier, Vaquez, Fiessinger, Balthazard. Ce dernier a déposé son Rapport le 9 janvier dernier. Il termine ainsi :

« L'examen médical devrait être confié à une
« Commission spéciale, fonctionnant dans les Pré-
« fectures et procédant avec méthode et précision.
« Les frais de l'examen médical pourraient être
« imputés au candidat demandant le permis de
« conduire.

« Il n'est pas nécessaire pour le moment de pré-
« ciser les conditions d'aptitude physique à imposer
« aux chauffeurs, mais on se guidera utilement sur
« celles qu'exigent de leurs employés les compa-
« gnies de chemins de fer. En tout cas, il paraît
« nécessaire de faire remplir au candidat une
« feuille dans laquelle il affirmera n'avoir jamais
« eu de crises d'épilepsie, etc. En cas de déclaration
« mensongère, sa responsabilité se trouverait ag-
« gravée s'il écrasait un piéton.

« Nous proposons donc à l'Académie d'adopter
« les vœux suivants, qu'elle transmettrait aux pou-
« voirs publics :

VŒUX

« L'Académie de Médecine émet les vœux sui-
« vants :

« 1° Il ne sera délivré de permis de conduire
« qu'aux sujets âgés de plus de vingt ans, sans au-
« cune dérogation ;

« 2° Le permis de conduire sera refusé à tout
« candidat atteint de troubles mentaux, de lésion
« organique du cœur, des vaisseaux ou du système
« nerveux, d'insuffisance de la vue ou de l'ouïe,
« constatés par une Commission médicale spéciale
« et le mettant hors d'état de conduire convenable-

« ment une voiture automobile. Un règlement pré-
« cisera la nature et le degré des lésions qui ser-
« viront de base à la Commission médicale pour
« donner un avis défavorable à la délivrance du
« permis de conduire ;

« 3° Le permis ne sera accordé aux mutilés qu'au
« cas où les appareils dont ils seront porteurs leur
« donneront une aptitude suffisante pour la con-
« duite des voitures automobiles ;

« 4° Le permis ne sera valable que pour dix ans,
« au bout desquels le chauffeur devra subir un
« nouvel examen médical. Dans des cas spéciaux,
« où la Commission médicale le jugera utile, le
« permis ne pourra être délivré que pour trois ans ;

« 5° Le permis de conduire sera retiré en cas
« d'ivresse ou tout au moins de récidive d'ivresse ;

« 6° Tout chauffeur ayant provoqué un accident
« par sa faute sera soumis à un nouvel examen
« médical. »

Ces vœux ont été adoptés.

On procèdera donc à un examen mental des candidats au permis de conduire. Les mânes de M. le Sénateur Bérenger ont dû tressaillir à l'évocation de cet adjectif. Je l'entends encore protester contre l'examen mental des détenus dans les prisons, ou des prévenus pendant l'instruction, sous prétexte qu'on leur infligerait ainsi une tare imméritée !

Et cependant, c'est par centaines que se comptent les malades internés dans nos asiles, les paralytiques généraux, épileptiques, alcooliques, persécutés dangereux, anciens mécaniciens ou employés des chemins de fer, anciens conducteurs de taxis.

Parfois même, en clientèle privée, se pose la question du secret professionnel. Je me souviens d'avoir été consulté, il y a plus de 20 ans, par le chauffeur d'un riche propriétaire. C'était un épi-

leptique. Je lui démontrai le danger qu'il courait et faisait courir à ses maîtres en conduisant sa voiture et lui conseillai de prier son patron de le changer d'emploi.

Il refusa énergiquement tout d'abord, sous prétexte qu'il ne voulait pas ainsi renoncer à son gagne-pain. Je dus le menacer d'avertir moi-même son maître ou les gendarmes pour le décider à remplir un devoir élémentaire.

Pour en revenir à notre sujet, il serait juste, à notre avis, de ne pas oublier la part considérable qui reviendra à la Société Clinique de Médecine Mentale dans la réforme projetée.

Notre regretté ami, le Professeur Dupré, nous en sommes certains, n'eut pas manqué de le rappeler à ses collègues de l'Académie de Médecine.

Notre collègue Pactet a résumé ici-même (*Annales*, juin 1921) l'histoire de la question. Sa modestie ne lui a pas permis de dire que c'est à lui que revient l'honneur d'avoir signalé ce problème d'une importance capitale. Les observations recueillies dans son Service depuis 1902, les faits signalés au Ministre des Travaux publics en 1911, les communications faites à la Société Clinique de Médecine Mentale en 1914, les travaux de ses élèves, les controverses engagées avec le personnel des Chemins de fer, les débats qui eurent lieu dans nos Sociétés, tout cela avait provoqué un mouvement d'opinion qui aurait abouti depuis longtemps à des résultats pratiques si la guerre n'était pas survenue.

Il nous a semblé utile de rappeler ces souvenirs. On a trop souvent tendance à négliger les initiatives heureuses de nos collègues, quitte à en recueillir plus tard les avantages « *Sic vos non vobis mellificatis, apes* ».

H. COLIN.

LES DÉLIRES ARCHAÏQUES

Par le D^r WAHL

Médecin chef de l'Asile d'Aix
Chargé de cours annexe à l'Université

Nous appellerons délires archaïques ceux qui, autrefois très communs, ont tendance de nos jours à devenir plus rares et même à disparaître complètement. Il est bien entendu que comme tous les aliénistes modernes depuis B.-A. Morel (1857) nous considérons que le contenu du délire n'a qu'une importance des plus contingentes, que la folie est une maladie de l'organisme tout entier et que sa cause primordiale est la dégénérescence de l'individu. On peut retourner l'antique aphorisme : *mens sana in corpore sano* et dire *semper mens insana in corpore insano*. Ceci est devenu aujourd'hui un truisme, une banalité. Mais si l'on rencontre partout des dégénérés en nombre plus ou moins grand, selon les circumfusa, ces dégénérés auront des allures qu'ils emprunteront au milieu où ils vivent. Un délirant halluciné avec idées de persécution sera à Paris une victime des rayons X ou de la télégraphie sans fil ; au Soudan, il se plaindra des gris-gris de ses ennemis ; dans le Sud de l'Italie, des effets de la jettatura. Il en est de même dans le temps : Saül et Nabuchodonosor, lypemaniques, étaient changés en loups ; les hystériques du moyen âge (1) allaient au sabbat sous forme de chattes noires ; plus tard les loups-garous ou la bête du Gevaudan (2) terrorisaient les campagnes. A l'époque de Louis XVI, le baquet de Mesmer et la baguette de Cagliostro agissaient même, dit-on, sur la reine. Tout cela est bien connu et je m'en voudrais de revenir longuement sur ce que des maîtres

(1) CALMEIL. — *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*, Paris, 1845.

(2) PUECH. — *Æsculape*, 1911.

comme Calmeil ont traité avec tout le développement que le sujet comporte. Le xv^e siècle tout entier n'a-t-il pas été appelé par Michelet le siècle du Diable !

Mais comme le dit Elisée Reclus (1) : « Vue de haut dans ses rapports avec l'homme, la géographie n'est autre chose que l'histoire dans l'espace de même que l'histoire est la géographie dans le temps. » Or, certains milieux, même dans la France continentale, ont moins évolué que d'autres. « Dans le centre (de la Bretagne), disent Corre et Aubry (2), au contraire, et quelquefois dans les communes voisines de celles dont nous venons de parler (les localités maritimes) les choses diffèrent du tout au tout. L'évolution continue de la civilisation semble s'être complètement arrêtée depuis une époque difficile à apprécier mais en tout cas fort longue ; l'on est bien en foyer de miso-néiste. »

A trois kilomètres environ de Pontorson (Manche) où j'ai longtemps habité (je cite cet exemple dans le but de concrétiser cette appréciation des savants criminologistes de Brest), à trois cents mètres environ de la route nationale de Caen à Lamballe, est un hameau que l'on appelle le Val-aux-Bretons : il appartient au département d'Ille-et-Vilaine et a conservé toute l'apparence d'un village du xv^e siècle. Un chemin fangeux, presque inutilisable en hiver, conduit à une sorte de rond-point où se trouve une vieille maison seigneuriale du xvi^e siècle qui a encore grand air quoiqu'elle ne soit plus depuis bien longtemps qu'une simple ferme. Tout autour sont groupées sans aucun ordre, d'ailleurs, quantité de maisons basses, sans étage, couvertes en chaume au sol de terre battue, avec les meubles vétustes et en particulier de ces vieux lits bretons en forme d'armoire où la malpropreté fait partie intégrante de l'hygiène à rebours qu'on y pratique. Ces taudis ne sont jamais nettoyés, l'un d'eux contient même une mare pour canards dans la pièce d'habitation. Pour atteindre les plus éloignées de ces masures,

(1) ELISÉE RECLUS. — *L'Homme et la Terre*, 1 vol. Paris, 1907.

(2) CORRE ET AUBRY. — *Documents de criminologie rétrospective*. Lyon Storck, 1895.

il faut, ou faire un très long détour par un sentier, ou traverser le lit d'un ruisseau qui devient une véritable petite rivière pendant l'hiver.

Dans ces conditions, la population fut plus que décimée par la fièvre typhoïde, il y a quelques années ; la tuberculose est endémique et le seul produit moderne qui ait pénétré dans ce village est l'eau-de-vie, déjà très répandue en Bretagne au XVIII^e siècle (1). Les enfants ne peuvent guère aller à l'école qui est à près de trois kilomètres et la plupart des gens savent à peine lire. Vous pensez bien que dans un tel milieu, sorte de « témoin » du moyen âge, les idées modernes ne pénètrent pas. La Bretagne tout entière fourmille de recoins de ce genre et dans cette province qui est une des plus peuplées de France (densité de la population) les « bourgs » sont souvent peu importants et les habitants répartis dans une infinité de villages. Le bourg est le centre de la « paroisse », comme disent encore les habitants. Le mot commune est à peu près inusité. Là sont « le recteur » et son église, le maire et l'école. Le village est ce qu'ailleurs on appelle hameau : vingt à trente maisons éparpillées dans une zone assez étendue auxquelles on n'accède que difficilement par des « traverses » qui sont en hiver de véritables fondrières jamais empierrées. Les chemins modernes, vicinaux ou de grande communication, en sont assez éloignés, ceci tient au misonéisme invétéré de ces milieux ruraux.

De même la conversation de ces paysans est remplie d'archaïsmes. La préposée à la perception des droits de place au marché est la « femme de la coutume », le receveur de l'enregistrement perçoit le centième denier ; le pharmacien conserve son vieux nom d'apothicaire. Quand au début de la guerre les billets divisionnaires de 20 francs et autres ont fait leur apparition, les paysans au marché refusaient les « assignats » ; les notaires indiquent encore la contenance des pièces en vergées : toutes les marchandises s'achètent en gros aux cent livres.

(1) LAGRIFFE. — Quatre-vingt ans d'alcoolisme en Bretagne. *Archives d'anthrop. criminelle*, 1913.

Les mêmes mœurs se trouvent aussi bien dans certains cantons de la Normandie, surtout ceux voisins de la Bretagne ou de la Mayenne, dans les hautes vallées des Cévennes, dans la Haute-Loire, dans les vallées retirées des Alpes, chez les Béarnais et surtout en Corse, Que dire du Sud de l'Italie, de la Sardaigne, de la Sicile, de la Basilicate, de la Capitanate, des Abruzzes ? Ortiz (1) a publié naguère un article sur les mœurs de Cuba ; Corre (2), sur celles des créoles. Pasquarelle (3) sur celles de la prairie vénézolane. En Espagne tout le monde connaît la régression qu'ont subie les campagnes depuis la brillante époque de Charles-Quint et de Philippe II. Et le moudjick russe ?

Dans tous ces milieux, le monde moderne est inexistant ; le paysan ne va guère en chemin de fer, il ne connaît guère le télégraphe et le téléphone que de nom ; il ne sait guère lire et le journal ne pénètre guère dans ces endroits écartés. Où aller le chercher ? Au bourg lointain ? On n'en a pas le temps et cela importe peu aux campagnards misonéistes. Que leur font la science moderne, la culture moderne, la vie moderne ! Ce qu'ils en connaissent leur est odieux. C'est l'automobile qui effraie les chevaux, c'est l'impôt sans cesse grandissant dont ils ne saisissent pas l'utilité. C'est le service militaire qui leur prend leur fils, c'est le gendarme qui leur dresse des procès-verbaux qu'ils estiment oiseux pour contravention à la police du roulage, défaut de lanterne, etc. C'est le « commis » qui vient poinçonner leur cher alambic, c'est le vétérinaire sanitaire qui les empêche de vendre leur vache malade.

Les élections ne sont que des prétextes à « beuveries » sans fin, et celui pour lequel on vote est le plus souvent celui qui offre le plus de cafés (traduisez eau-de-vie) ; on tremble devant la moindre autorité. Le recteur « vénérable et discret messire », comme l'appelle encore aujourd'hui la formule sacramentelle, ne permet pas ceci ou cela ; on a peur du maire comme jadis on

(1) ORTIZ. — *Archives de psychiatrie de Buenos-Aires*, 1912.

(2) CORRE. — *Le crime en pays créole*, Lyon, Storck.

(3) PASQUERELLE. — *Notes de Folklore criminologique au Venezuela, Archivio di antropologia*, 1916.

tremblait devant le seigneur : « Je n'oserai jamais aller le trouver pour lui parler de cela », et avant son élection on s'enivrait avec lui. On a peur de la « maréchaussée » et plus encore de la « justice ».

Ajoutez à cela l'alcoolisme, cette plaie que l'on ne pourrait guère combattre en ces pays que par une mesure radicale, la suppression du privilège des bouilleurs de crû, et accessoirement la diminution du nombre des débits. Un brave recteur me disait que dans sa paroisse les enfants « abêtissent » d'année en année, que la moitié n'est plus capable de réciter correctement les prières et le catéchisme, et soyez persuadé que ce n'est pas faute qu'on leur « serine », ils manquent même l'école pour aller l'apprendre chez de vieilles filles bigotes. Le privilège des bouilleurs de crû, voilà la grande cause de la régression mentale si fréquente dans l'Ouest de la France, dans le Maine, la Normandie, la Bretagne. J'en appelle à tous ceux qui connaissent la question. Qu'on me permette de citer les travaux du professeur Brunot de Rouen (1), de nos collègues Lagriffe (2), Coulonjou (3), Pain (4), et tant d'autres. Corre et Aubry (5) ont signalé l'ancienneté de l'ivrognerie chez les nobles et les prêtres bretons ; j'ai même parlé incidemment de ce vice en Normandie (6). Et actuellement que n'ai-je point vu dans cet ordre d'idées, depuis le bébé auquel on donne de l'alcool dans son biberon, jusqu'à l'enfant de trois ans qui « demande du café ». N'ai-je point, comme Pain et Dupain, cité des asiles d'aliénés où l'on donnait (et même où l'on donne encore malgré le médecin) de l'eau-de-vie aux aliénés. L'alcool est la grande cause d'involution de l'individu et même de la race dans les pays où le surmenage n'existe pas : c'est lui qui fait le

(1) BRUNOT de Rouen et DE LAVARENNE. — Alcoolisme et tuberculose. Paris 1900.

(2) LAGRIFFE. — *Loco citato*.

(3) COULONJOU. — In *Correspondant médical*, 1912.

(4) In *Archives de neurologie*, 1899.

(5) *Loco citato passim*.

(6) WAHL. — Le sort des aliénés en Normandie avant 1789. *Soc. méd. psych.* 1914.

lit à la tuberculose, qui complique les pneumonies et les fièvres typhoïdes, qui cause l'artériosclérose précoce, les convulsions infantiles, et surtout l'épilepsie. Mon vieux camarade Binet-Sanglé (1) fait jouer à l'alcoolisme le rôle primordial dans la folie religieuse et le mysticisme pathologique. Je ne partage pas complètement son avis : je dirai seulement : l'alcoolisme cause la dégénérescence mentale qui, dans les pays arriérés où la vie intellectuelle est surtout de caractère religieux et mystique, amènera; si la folie se déclare, les formes mystiques du délire qui sont les plus fréquentes du délire archaïque, tel que je le comprends. La folie mystique est fille bâtarde du mysticisme, dit philosophique, et n'en est point la conséquence obligée.

Le mysticisme serait un des quatre systèmes primordiaux de la philosophie d'après Victor Cousin (2). Je ne sais si l'on peut véritablement considérer le mysticisme comme un système philosophique, car la définition même de cette science est d'être purement humaine, et le mysticisme est, par essence, une façon transcendante d'entrer en relation avec le vrai en soi, l'absolu en soi, en un mot avec le Dieu des métaphysiciens. C'est donc en plein une notion, relative aux noumènes de Kant, inaccessible par conséquent à la perception du monde des phénomènes, seul objet possible de la science d'après l'illustre auteur de la *Critique de la Raison pure*. C'est ainsi que ce que Victor Cousin considérerait comme la philosophie alexandrine, le néo-platonisme des Platon et des Philon, ne paraît pas appartenir à la science humaine, mais à la croyance pure, dogmatique née d'une sorte de révélation surnaturelle. Croit-on que les hypostases appartiennent à la science positive ? Je ne saurais partager, malgré la haute valeur de leurs auteurs, les considérations développées naguère par Jules Simon (3), Dameron (4) et Vacherot (5).

(1) *La folie de Jésus*. Tome I. Paris, 1907, Maloine.

(2) *Histoire de la philosophie*, Paris, Perrin, 1865.

(3) *Histoire de l'École d'Alexandrie*, Paris, 1845.

(4) *Histoire de l'École d'Alexandrie*, 2 vol., Paris,

(5) *Histoire critique de l'École d'Alexandrie*, 2 vol., Paris, 1845.

Mais, quoi qu'il en soit, les mystiques transcendants vrais sont de hautes intelligences qui rejettent la philosophie purement humaine pour s'abîmer dans la croyance d'un Dieu juste et équitable. De Çakya-Mouni à Fénelon, de Gerson à Saint-François de Salle (en admettant que Gerson soit l'auteur de *l'Imitation de Jésus-Christ*), qu'il s'agisse de la Nirvâna bouddhique ou du Paradis des chrétiens, ceux qui tracent les chemins qui y conduisent par les divers modes d'oraison sont de hautes figures de l'humanité qui atteignent les sommets de l'âme désabusée de l'« imbécillité » humaine, perdent la confiance en eux-mêmes et s'abandonnent au pur amour, à la contemplation du divin créateur, à l'absolu. Qu'importe que l'on ne partage pas ces théories inaccessibles à la raison humaine ; on ne peut médire et considérer comme des êtres inférieurs ceux qui, ne fût-ce qu'en rêve, ont résolu l'objection métaphysique du mal moral et du mal physique autrement que par les niaiseries de la philosophie classique.

Mais à côté de ce mysticisme élevé il en est un autre de très médiocre origine et de plus basse valeur morale. C'est celui des faibles d'esprit. Peu importe que ce mysticisme soit religieux ou non, il est pathologique en ce sens qu'il est la traduction de pensées d'ordre inférieur produites par un cerveau anormal. C'est ce mysticisme-là que nous envisageons qui dans les régions que nous considérons est d'allure religieuse. Je m'explique. Un cerveau peut être débile partout et les dégénérés mentaux inférieurs se rencontrent aussi bien au sein de la Ville Lumière qu'au fond de la Basse-Bretagne ou du désert de Syrie.

Les intelligences inférieures ou non encore développées normalement sont incapables de comprendre l'explication scientifique moderne des phénomènes physiques, chimiques, biologiques ou sociaux. C'est la grande cause de l'échec de l'enseignement « réel » appliqué aux trop jeunes enfants. Echec signalé dès longtemps par le célèbre Liebig en Allemagne et, hélas ! trop visible en France depuis qu'on a voulu éliminer de nos classes la mnémonique pure. Qu'on ne veuille pas voir dans cette remarque ce qui n'y est

pas. Je n'ai jamais été *laudator temporis acti*, encore moins partisan des phrases de manuel apprises par cœur, mais je dis que dans le jeune âge la mémoire est la seule faculté qui soit bien développée et puisse servir de base à un enseignement.

D'ailleurs la mémoire est la seule fonction de l'intelligence qui soit mesurable. C'est la seule qu'ait pu étudier la psychophysique. Je renvoie aux admirables travaux de Wundt, Binet et Simon (1), Philippe (2), Claparède (3), Ferrari (4), Dupré et Ribierre (5).

Les débiles mentaux sont, naturellement plus que les enfants même, incapables de substituer à l'explication métaphysique l'explication rationnelle et scientifique. La physique n'est pour eux que la science des escamotages (ce que l'on appelle la physique amusante), l'électricité une force mystérieuse, les rayons X une forme de thaumaturgie. Dans les campagnes arriérées dont nous parlons ici on ne connaît guère la physique, pas du tout les rayons X. Le spiritisme d'Allan Kardec et ses disciples a été étudié au point de vue de la pathologie mentale par Gilles de la Tourette (6), Marcel Violette (7). Il se rencontre dans le monde des demi-savants, des névrosés à grandes prétentions, des bas bleus de catégorie inférieure ou des fonctionnaires à loisirs. Je ne parle point ni des recherches de métapsychie comme ont pu en faire des savants comme Myers, Lombroso, Maxwell (8), Charles Richet (9), R. Meunier (10) qui ne sont point des disciples de l'ancien marchand de contre-marques, mais des esprits sérieux qui veulent éclaircir une connaissance nouvelle et l'amener à l'état de science. Les spirites que j'ai en vue appartiennent à

(1) *L'Année psychologique*, passim.

(2) *Psychologie de l'écolier*, 1 vol., Alcan.

(3) *Revue de psychologie*, Genève, passim.

(4) *Revista de psicologia*, passim.

(5) DUPRÉ et RIBIERRE. — *Anthropologie psychique* in *Traité d'hygiène* Brouardel et Mosny.

(6) *L'hypnotisme*, 1 vol., Plon, Paris.

(7) *Le spiritisme et la folie*, 1 vol., Paris, Bland.

(8) MAXWELL. — *Les phénomènes psychiques*, 1 vol., Alcan, 1909.

(9) Ch. RICHEL. — *Dictionnaire de physiologie*.

(10) In *Bibliothèque de métapsychie*. Bland, Paris, 1 vol., 1912.

la même catégorie sociale dans laquelle on rencontrait l'absinthisme il y a une quarantaine d'années, les chercheurs de sensations bizarres et inédites ; ils sont proches voisins psychologiquement des amateurs de la douleur, des toxicomanes, des détraquées adonnées à la « coco » ou à la morphine.

Descendons un degré dans la hiérarchie des victimes des hérédités malséantes, nous aurons ceux qui voient dans les villes des complots partout et suivant leur tempérament et leur milieu ils accuseront de leurs malheurs toutes les collectivités auxquelles la croyance populaire attribue à tort ou à raison une haute influence dans les destinées de ce monde.

Ce sera souvent le hasard des circonstances, les juifs, les francs-maçons, les jésuites, les policiers. Au temps des romans d'Eugène Sue et d'Alexandre Dumas père, c'était plus volontiers les jésuites que l'on accusait. De nos jours, ce sont plutôt les policiers, la lecture des exploits des Nick Carter, des Arsène Lupin, des Sherlock Holmes qui troublent davantage l'imagination des demi-fous. C'est là un des grands dangers des cinémas et des films policiers, l'autre étant le choc immédiat que le cerveau peut en recevoir.

A la campagne, dans les pays arriérés, on ne connaît point tout cela ; on en est encore aux vieilles idées sur la sorcellerie, les mauvais sorts, la magie, le diable, Dieu ou la Vierge. Tout dernièrement, les *Annales* rapportaient l'histoire d'une épidémie mentale. En Vendée (1), une jeune fille d'un fermier a entendu des voix qui lui enjoignaient de prendre sa part dans la lutte contre l'ennemi et de guider nos soldats à la victoire. Elle se nomme Mlle P..., vingt ans.

Le Sacré-Cœur lui a donné la mission de Jeanne d'Arc et la ferme de ses parents est devenu un lieu de pèlerinage.

L'évêque de Poitiers fut mis au courant de l'affaire et a décidé de l'envoyer à Paris chez les sœurs de la Sagesse.

Pareil fait s'était produit en 1870 dans la Mayenne.

(1) *Annales médico-psychologiques*, avril 1917, p. 27.

La Vierge apparut très objectivement à deux enfants, les frères B..., surtout à l'aîné qui avait alors environ douze ans, et leur annonça la fin de la guerre. La mère de ces enfants et le curé de l'endroit firent grand bruit de cette apparition et bientôt une foule vint en pèlerinage dans la petite ville de P..., où a depuis été érigée une église votive. L'aîné de ces enfants, devenu le révérend père B..., vivait encore au début de la guerre actuelle ; il était à demi imbécile et présentait d'innombrables stigmates de dégénérescence. Le pèlerinage continue à fonctionner, et surtout depuis la guerre, et attire une très nombreuse assistance.

Cette aptitude à croire sans contrôle est anormale, pathologique si l'on peut se servir de ce mot, car jusqu'à présent nous n'avons point encore passé la limite de la subnormalité. On peut aller en pèlerinage à P... comme l'on peut avec les mondaines, les demi-mondaines et les pas mondaines du tout se faire voler par le fakir à la mode ou rester dans l'humanité normale ; on n'a pas franchi les frontières de la folie ; on est un prédisposé et c'est tout. Dans les pays arriérés où fleurit le délire archaïque, la religion représente comme au XII^e siècle l'unique vie intellectuelle du milieu, la croyance est sincère, profonde, elle tient à l'intimité même de l'homme, domine ses actes les plus futiles en apparence. Elle est ce qu'elle était à l'époque où nos « dévots aïeux » jouaient à l'hôpital de la Trinité les mystères de Rutebeuf d'Arras où les personnages étaient ceux du Nouveau Testament. Cela m'a frappé alors que, quittant l'un des départements les moins catholiques de France, j'arrivais aux confins de la Normandie et de la Bretagne, quand je lisais les lettres adressées par les familles aux malades de mon service. Alors qu'en Bourgogne je voyais des formules telles que : « Soigne-toi bien », « obéis bien au médecin », « ne fais pas d'imprudence », je lisais : « j'ai fait dire une neuvaine à ton intention », « prie bien le bon Dieu et la Sainte Vierge », « va bien régulièrement à la messe, confesse-toi bien ». Cela prouve que dans la maladie (même physique), le public de ces pays n'a de confiance que dans l'intervention surnatu-

relle comme nos ancêtres ou les nègres de l'Afrique centrale.

Je me demande si cette idée archaïque de la guérison des maladies de « l'âme » par la prière, si répandue dans ces régions, n'est point l'une des causes et peut-être la plus importante de l'esprit misonéiste qui préside à l'organisation de certains asiles de l'Ouest, en particulier de certains quartiers d'hospice dont les défauts ont été signalés tant de fois par l'inspection générale et auxquelles on ne remédie qu'avec une extrême lenteur. Je ne veux pas dire que les administrateurs des hospices partagent les idées des paysans arriérés, mais ils n'y sont pas réfractaires entièrement et volontiers ils traitent de superflues les installations hydrothérapiques des asiles modernes, les médicaments coûteux et la nécessité d'un personnel bien rétribué pour qu'il soit éducatif et stable.

Dans les pays arriérés, surtout en Sicile et en Italie méridionale, on a conservé la foi du « Charbonnier », qui est, comme le dit Elisée Reclus (1), celle de l'habitant de la selve primitive ; on a aussi conservé les idées ancestrales sur les femmes.

Le cultivateur breton traite même lorsqu'il est à jeun sa « patronne » comme une esclave, et malheur à la femme ou à la fille qui « faute », surtout dans les régions les plus reculées, les plus éloignées des villes. Naguère je fus obligé de consoler, comme un bébé qui pleure, un grand dadais de vingt-cinq ans qui se disait déshonoré et parlait de se suicider parce que sa sœur venait d'accoucher ; la pauvre fille victime de cet « accident » fut traitée en pestiférée par de jeunes personnes, ses compagnes de travail dont pas une n'aurait eu le droit de lui jeter la première pierre si on eût dû la lapider. Ceci explique la fréquence des avortements et des infanticides dans ces milieux particuliers et l'échec presque absolu des lois protectrices des nouveau-nés illégitimes. Malgré leur prétendue religiosité, ces non-évolus, ces attardés ne comprendront jamais le geste du Christ « faisant de Madeleine une sainte

(1) *L'Homme et la Terre*, vol. I, Paris, 1907.

d'amour » et pardonnant à la femme adultère. En revanche, les mendiants, comme jadis les truands, ne sont point méprisés, ils exercent une profession connue et avouée, nullement déshonorante. Au contraire, on regarde de travers le cordier qui passe pour un descendant d'une race maudite, les cagots, que d'aucuns pensent être des lépreux.

Jusqu'ici nous sommes dans la normalité ou presque. Nous y serons encore, mais un peu moins, en parlant de certaines catégories de bigotes, terreurs des prêtres, qu'elles ennuiant par leurs exagérations de dévotions, leurs commérages venimeux. Se mettre à cinquante ans des rubans de couleur éclatante, chanter à tue-tête dans les processions comme les enfants à l'âge de la première communion, se targuer du titre d'enfant de Marie ou telle autre confrérie de jeunes filles à l'âge où l'on devrait être grand'mère : ce n'est pas encore la folie mais c'en est la limite : c'est l'inadaptation sociale par débilité mentale.

Descendons d'un degré et nous serons dans la folie confirmée qui, elle aussi, se ressentira du milieu retardataire où elle a pris naissance : ce sera la folie archaïque, c'est celle que nous voulons étudier ici.

Les fondateurs de religion, ceux que Binet-Sanglé appelle les théomégalomanes n'existent pas dans l'Ouest de la France ; le milieu est trop profondément catholique romain pour qu'une pareille idée puisse s'ancrer dans un cerveau. Depuis l'écrasement du protestantisme en Normandie à l'époque de la révocation de l'Edit de Nantes il n'y a dans les campagnes aucun dissident religieux (je rappelle que Pontorson fut naguère une ville calviniste et même un instant place de sûreté des protestants au xvi^e siècle). J'ai eu récemment parmi les malades traités dans mon service, au compte du ministère de l'Intérieur, un jeune juif marocain (le Maroc est un des pays musulmans les plus arriérés), âgé de vingt-quatre ans, médiocrement instruit et très taré qui avait par des hallucinations reçu de Jehovah la mission de ramener en Israël l'unité primitive et de reconstruire le temple de Jérusalem : longtemps il fallut à ce sujet une alimentation particulière parce

qu'il ne voulait point des viandes non sacrifiées suivant les rites, et à plus forte raison de porc. Ce jeune homme est retourné dans son pays pour y être interné dans un asile. Lorsque j'avais l'honneur d'être l'interne de M. le D^r Vallon, il y avait dans le service un juif également d'origine étrangère (c'était, si je ne me trompe, un Polonais) à qui Jehovah avait donné mission de ramener à l'unité le Judaïsme et le Christianisme ; il prêchait sa mission d'un ton pénétré au milieu du quartier. Dans l'asile du Jura, j'ai observé un protestant originaire des campagnes de l'arrondissement de Pontarlier (un montagnard par conséquent), qui était prophète inspiré ; plus tard, j'ai vu un imbécile originaire des collines du Morvan, autre pays peu évolué, qui se disait une nouvelle incarnation du Christ. Actuellement j'ai dans mon service un musulman d'Algérie inspiré de Dieu.

Les saints sont loin d'être rares même dans les asiles de la Seine. Je me contente de rappeler l'article de Vallon et Marie (1) ; j'y ai personnellement connu celui qui a été reproduit dans le traité de Marie (figure n° 10) (2). C'était un facteur des postes originaire du Midi de la France, peu intelligent ; il voyait les saints agir et lui donner des ordres. Je me rappelle l'apostrophe naturaliste de sa femme, brave ménagère qui ne comprenait pas que c'était bien involontairement, et par maladie, que son mari négligeait son travail et ses devoirs d'époux et de père : « F...-nous la paix avec la Vierge et les saints et occupe-toi des enfants et de moi qui... mourons de faim depuis que tu es à l'asile. » Je reçois presque chaque jour d'un mystique de trente-cinq ans, M..., qui s'intitule antiquaire et qui a été arrêté en Vaucluse alors qu'il allait à Rome remplir une mission et vendre la selle de Jeanne d'Arc qu'il avait retrouvée par intuition divine, de longs factums qu'il signe Arthur M... Petrus Secundus, pape. J'extrais de l'un d'eux les passages suivants : « Je désire fléchir Dieu par des prières, pèlerinages et par mes

(1) VALLON et MARIE. — *Psychoses religieuses à évolution progressive* in *Archives de neurologie*, 1896-1897.

(2) *Traité international de psychologie*, 1^{er} vol., p. 121, Paris, 1910.

communions s'il est possible. A mon arrivée ici, j'ai eu des révélations... Il faut trouver des personnes dévouées qui, de maison en maison, quêtent les vieux métaux, ferraille, zinc, aluminium, plomb... Qu'à partir du 1^{er} juin, on fasse tous les jours des prières dans toutes les églises pour obtenir des morts leurs suffrages et qu'on ait la victoire pleine et entière. Il faut demander à Dieu la victoire d'une façon encore rituelle et liturgique semblable à celle de Judas Macchabée. Que cela se fasse dans toutes les nations alliées de la France... Le prêtre est fait pour verser le sang divin et non le sang humain... Que l'on organise des pèlerinages dans tous les grands sanctuaires de France. » Il termine par ces mots : « Que le secret de mes propositions pour la France et les alliés que j'ai écrites soit religieusement gardé » (1917).

J'ai également sous les yeux un nommé T..., âgé de cinquante-deux ans, qui, depuis bien des années, est continuellement en proie à des hallucinations extatiques avec mydriase ; il marche comme s'il portait une bannière de procession ou un saint sacrement ; il ne parle pas pour les besoins ordinaires de la vie, mais marmotte sans cesse des prières à demi-voix. Il travaille à pousser une brouette et à faire des corvées, s'arrête à chaque instant dans sa marche, se met à genoux, prie et reprend sa brouette un instant après et recommence.

Quelle différence y a-t-il entre ce malade dont personne ne conteste la folie et saint Siméon Stylite, saint Pacôme et tel autre saint des premiers siècles ? Quelle différence surtout peut-on trouver entre lui et ces moines dont parlent Luther et Erasme dans leurs écrits et qui prenaient pour des œuvres pies le fait de ne point parler, de prier sans cesse (oraison intérieure) et de se tenir sales et déguenillés. J'ai vu d'autres malades du même genre en assez grand nombre, mais je ne puis m'éterniser sur une seule forme du délire archaïque.

Parmi les nombreux exemples (plusieurs dizaines) de possession démoniaque (démonopathie interne des auteurs) que j'ai observés, le plus curieux est certainement celui de Mme D..., âgée aujourd'hui de soixantedouze ans, qui depuis plusieurs années est en proie à cette maladie. Des diables la torturent dans le corps

(troubles de la sensibilité générale profonde), la forcent à crier (pseudo-hallucinations) et jour et nuit l'empêchent de dormir, la font blasphémer ; elle a d'ailleurs, il y a un ou deux ans, refusé la nourriture sous l'empire de ses hallucinations. Est-il dans toute la littérature du moyen âge un cas plus typique. Elle m'a d'ailleurs plusieurs fois demandé à être exorcisée pour qu'on la débarrasse de ces démons qui lui rendent la vie impossible. Mais les prêtres éclairés auxquels elle a confié ses peines n'ont pas cru devoir lui donner satisfaction.

Il est rare aujourd'hui de rencontrer des incubes et des succubes ; je ne pourrai en citer qu'un seul exemple d'ailleurs contestable. Il s'agit d'un homme d'intelligence très débile qui se plaint que le démon tentateur l'affaiblit en lui soutirant son sperme ; c'est, en réalité, un masturbateur effréné.

Plus souvent on observe des malades qui n'ont point changé de personnalité, comme celui rappelé plus haut mais qui ont des missions divines en faveur de notre pays. Je rappellerai le cas classique de R... que j'ai connu pendant mon internat, qui au milieu d'innombrables péripéties publiées dans les *Annales médico-psychologiques* de 1852 fut arrêté au Théâtre Français pour avoir crié avant le coup d'Etat du 2 décembre : « Vive l'Empereur », et, reconnu aliéné, fut interné. Nous le retrouvons pendant le second siège de Paris (1871) quelques jours avant la Semaine sanglante dans la salle des Pas-Perdus du Palais de Justice, drapé dans un drapeau tricolore et se disant chargé de la mission de Jeanne d'Arc.

Tout récemment, j'ai eu à traiter une autre Jeanne d'Arc qui n'était qu'une débile à bouffées délirantes. Un imbécile, ou tout au moins un débile de la dernière catégorie, qui est encore dans mon service, est une victime de la guerre. Jusqu'au début de la campagne, il vivait tant bien que mal de son métier de cordonnier de village. Il fut versé au moment de la mobilisation dans la section hors-rang d'un régiment stationné en Bretagne où il entendit parler peut-être, avec une certaine exaltation, des événements qui se déroulaient. Une belle nuit il se réveilla en sursaut disant que Dieu lui

était apparu et lui avait enseigné la fabrication de nouvelles plaques de blindage qui mettent à l'abri des balles et qu'ainsi il sauverait la France. L'agitation persistant, on l'envoya à l'asile où il se calma peu à peu. Il semble que les excès d'alcool n'ont point été étrangers à l'éclosion de ce délire.

Longtemps avant la guerre, nous avons reçu un autre débile, N..., qui vient de mourir de tuberculose pulmonaire, dont le frère a été également interné ; le jeune homme avait des périodes d'excitation hallucinatoire très violentes au cours desquelles Dieu lui apparaissait lui donnant des ordres, et alors on assistait à des déclamations puériles et interminables sur la corruption du siècle, sur les punitions que devait encourir notre pays pour ses prévarications et sur ce que Dieu voulait qu'on fit pour lui, le tout accompagné de génuflexions innombrables. Ces périodes hallucinatoires à type maniaque n'obéissaient à aucune influence connue, ni à aucune périodicité décelable. Peut-être, comme cela a déjà été signalé par quelques auteurs, et comme me le faisait remarquer M. le Dr Hamel de Quatre-Mares lorsque j'étais son adjoint, s'agit-il de déchargés de toxines tuberculeuses. Cet état est proche parent de celui de certains vieux prophètes d'Israël, comme Jérémie (Binet-Sanglé) (1), bien que notre sujet fût plutôt un hyperthymique au moment des accès alors que les prophètes étaient plutôt des lypemaniaques : je veux dire des débiles, des dégénérés ayant des bouffées délirantes, mais non les formes typiques des subnormaux. Chez les débiles du degré le plus inférieur on observe des hallucinations ou des illusions de caractère mystique qui portent la marque de la débilité du sujet. Témoin ce malade qui me disait que Dieu lui était apparu ; que c'était un beau vieillard avec une grande barbe et un vêtement jaune. S'agit-il d'illusions ou d'hallucinations ? Ne s'agit-il pas plutôt de réévocation mnésique de quelque image bon marché représentant Dieu le Père et qui avait résurgi dans le champ de conscience de cet imbécile, y occupant une place et une intensité exagérées ? On ne peut, en pareil cas, expliquer le mécanisme de la

(1) BINET-SANGLÉ. — *Loc. cit.*

reviviscence à ce degré en l'absence d'auto-analyse possible chez le sujet. Je n'ai point quant à moi observé ce délire archaïque à tendance mystique communiqué d'un sujet à un autre, comme Taguet (1) en a publié. Mais j'ai vu bien souvent, au contraire, l'entourage croire à la réalité des phénomènes anormaux accusés par les malades. Je me rappelle entre autres la mère d'une débile hallucinée mystique qui voyait la Vierge se féliciter d'avoir une fille « qui avait l'honneur de voir et de parler à la mère du bon Dieu » ; mais elle ne délirait pas. C'était une arriérée mentale et sociale qui peut être comparée aux personnes que j'ai étudiées et qui entouraient sainte Catherine de Sienne, et qui croyaient aveuglément aux faits anormaux dits miracles annoncés par la sainte (2), comme les gens qui croient à la véracité de la somnambule extra-lucide ou aux esprits venus de l'autre monde pour nous renseigner sur leurs opinions.

En dehors des délires archaïques à type mystique, il en est d'autres appartenant au groupe des transformations de la personnalité, dont la lycanthropie était jadis le type. Je n'ai connu qu'un seul fait comparable à ceux-là, c'est celui d'une mélancolique vulgaire avec idées d'indignité qui disait qu'elle est devenue une jument et qu'on devait la traiter comme telle, lui donner une litière et non un lit ; mais, malgré ces idées d'humilité, elle se mettait volontiers à table avec ses compagnes, se couchait et se déshabillait, et jamais ne fit aucun acte qui rappelât les mœurs de l'animal qu'elle prétendait être.

Maintenant, je passe à la folie par croyance aux sorts et aux sorciers, à la « jettatura » des Italiens dont l'*Archivio di antropologia criminale* rapportait en 1916 un si bel exemple. En voici d'autres. Un soldat devient aliéné sur le front (mélancolie avec refus d'aliments). Sa femme, assez vigoureuse physiquement, vient le voir à l'asile de Pontorson où il avait été évacué. Elle est accompagnée de son fils âgé de treize ans, qui m'a paru d'intelligence normale à un examen très superficiel.

(1) TAGUET. — *Ann. méd.-psychol.*, 1887.

(2) WAHL. — *Ann. méd.-psych.*, 1912.

Pendant que cette femme est au parloir, un autre malade s'approche d'elle et de son mari et leur dit quelques paroles banales non empreintes de délire et touche la main de la femme. Celle-ci vient chez moi et me dit qu'elle est ensorcelée par cet homme ; je me joins à l'enfant pour la calmer, elle me quitte à demi rassurée. Quelques mois après elle meurt de congestion pulmonaire. Nous avons appris que se croyant ensorcelée elle mangeait fort peu, ne dormait pas, et succomba vraisemblablement à un affaiblissement progressif.

Une femme de soixante-quatre ans nous est amenée sur la demande des habitants de sa commune parce que la nuit elle errait autour de sa maison et risquait d'y mettre le feu. Depuis trois ans cette personne se plaignait que le maire et le garde-champêtre avaient jeté un sort sur elle-même, sur son bétail, sur les récoltes, qu'ils faisaient par leurs maléfices manquer ses récoltes et périr ses veaux et ses poulets. Il s'agit là d'une lypemanie involutive sénile dont seule la forme est archaïque par son contenu. Il semble y avoir aussi dans ce cas un appoint alcoolique très fréquent dans le milieu où le cas a été observé.

La religiosité des épileptiques a été maintes fois signalée par les auteurs et, pour ma part, j'en ai observé de nombreux cas. A Paris, on dit volontiers dans les asiles que tout malade qui exhibe à tout propos et hors de propos des chapelets et des scapulaires est un épileptique. Ce n'est point vrai pour l'Ouest de la France, pays pieux et même dévot. Dans ce que les Italiens appellent état crépusculaire on voit partout des divagations d'ordre religieux accompagnées ou non d'hallucinations visuelles et auditives. Mais ce délire transitoire est polymorphe, variable, hétéroclite, et s'il a une allure mystique ou religieuse, il est assez difficile de juger s'il est archaïque en raison de son incohérence même.

L'allure mystique est fréquente et beaucoup plus fixe dans cette forme aujourd'hui très rare d'hystérie qu'est ou plutôt qu'était la grande crise de Charcot où l'on décrivait un stade d'attitudes passionnelles. Ce mode pathologique a toujours été exceptionnel dans les asiles d'aliénés ; il y est aujourd'hui introuvable, et depuis de

très longues années je n'en ai point rencontré. Cependant chez une jeune débile hystérique j'ai eu quelquefois à constater des idées mystiques à type morbide, mais la sincérité de cette fille, prostituée de bas étage et qui tenait à rester à l'asile pour éviter la misère qui l'attendait au dehors, était plus que sujette à caution. Je n'en ferai point état. Je n'ai point eu à observer d'épidémies mentales comme Constant en avait signalé autrefois à Morzines, et comme Rogues de Fursac en a étudié (1) récemment.

On rencontre parfois des paralytiques généraux à forme expansive qui sont Dieu et d'autres à forme dépressive qui sont damnés, mais ceci est rare, parce que, comme le dit Griesinger, les causes de la paralysie générale sont « civilisation » et syphilisation. Dans les milieux ruraux où fleurit le délire archaïque, la civilisation est retardataire, la syphilis rare et le surmenage inconnu. La paralysie générale, on le sait, est l'apanage de la vie trépidante des villes, et je restais parfois un an sans recevoir de sujet atteint de la maladie de Bayle à l'asile de Pontorson.

Le syndrome de Cotard est un état rare qu'il est assez difficile d'ailleurs de classer ; les sujets qui en sont atteints sont fréquemment Dieu, plus rarement le Diable ; ils sont éternels et n'ont plus de corps. J'ai vu quelques exemples de ces formes. Un seul est intéressant, c'est celui d'une femme de soixante-cinq ans qui présentait au début un syndrome de Cotard typique et complet, et qui ensuite évolua comme une lypémanie vulgaire et finit par guérir. On a dit que cela correspondait au faux syndrome de Cotard ; je le veux bien, mais alors comment cliniquement le distinguera-t-on du vrai au début ?

On peut aussi considérer comme délires archaïques celui de ces individus jeunes encore qui sont roi de France ou Napoléon ou encore membre de familles souveraines. J'en ai vu naguère un bel exemple que m'a montré Coulonjou alors qu'il était interne à l'asile de Montauban. J'en ai vu un autre à Auxerre qui se disait le prince « des Napoléons ».

(1) *Revue de psychologie*, 1912.

Il resterait un dernier point à élucider. Y a-t-il plus d'aliénés dans les régions où fleurit le délire archaïque que dans les autres ? Je ne saurais y répondre pour des raisons que j'ai développées ailleurs (1), car les régions rurales permettent les internements tardifs et même le maintien à domicile d'aliénés qu'ailleurs il faudrait interner, et pour les campagnes seules il n'existe aucune statistique permettant de savoir le nombre d'aliénés par mille habitants suivant les différentes régions. Dans celles qui nous occupent actuellement, c'est l'alcoolisme qui est la grande cause de la folie ; or, s'il est très répandu en Normandie, en Bretagne et dans la Marne, il est inconnu dans les Cévennes, les Alpes, les Pyrénées, le Massif central, l'Ariège. La misère absolue est rare en France ; la pellagre n'existe plus chez nous que sporadiquement, le crétinisme a ses localisations bien limitées.

De ce qui précède je conclus :

I. — Il y a même en France des régions où l'état de la civilisation peut être considéré comme identique à ce qu'il était partout, il y a plusieurs siècles.

II. — Dans ces milieux les troubles mentaux, lorsqu'ils éclatent chez les prédisposés, prennent l'apparence qu'avaient autrefois les idées délirantes et l'interprétation des hallucinations présente un aspect archaïque.

III. — Cette folie archaïque n'est pas une forme mentale distincte. C'est le résultat du milieu ambiant retardataire sur les psychoses banales surtout hallucinatoires.

IV. — Ce retard dans l'évolution du milieu entraîne un misonéisme universel qui se traduit dans la pratique de la psychiatrie par de mauvaises organisations de certains asiles, surtout de ceux qui n'ont point une direction médicale.

V. — Le nombre des délirants dans les régions où l'on trouve le délire archaïque est en relation ou presque uniquement avec l'alcoolisme. On doit donc y combattre ce dernier par tous les moyens et surtout par la suppression du privilège des bouilleurs de cru.

(1) WAHL. — L'augmentation du nombre des aliénés et l'augmentation de la folie, *Archives d'anthrop. criminelle*, 15 mai 1910,

Documents Cliniques

A PROPOS DU DIVORCE POUR CAUSE D'ALIÉNATION MENTALE

Guérison sociale de deux cas de « Schizophrénie » de longue durée

Par le D^r A. PRINCE

Licencié ès sciences,
Médecin-chef de l'Asile de Rouffac

L'aliénation mentale est admise comme cause de divorce, sous des modalités diverses, dans un certain nombre de pays : la Suisse, l'Allemagne, la Bulgarie, la République de l'Equateur, quelques états des Etats-Unis d'Amérique, la Principauté de Monaco, le Portugal.

L'art. 141 du code civil suisse est ainsi conçu : « chacun des conjoints peut demander le divorce en tout temps, pour cause d'aliénation mentale de son époux, si cet état rend la continuation de la vie commune insupportable au demandeur, et si, après une durée de trois ans, la maladie a été reconnue incurable par des experts spécialistes. ».

Dans le nouveau code civil allemand, à l'art. 1569, nous lisons un texte à peu près identique : « Un époux peut demander le divorce si l'autre époux est atteint d'aliénation mentale, à condition que cette aliénation mentale dure pendant le mariage au moins depuis 3 ans, ait atteint un degré tel que toute communauté intellectuelle se trouve suspendue entre les époux et qu'il n'existe plus aucune perspective de voir cette communauté se rétablir. »

La lecture des délibérations qui ont abouti à l'adoption de cet article du code, ainsi que la littérature

médico-légale allemande, constituent naturellement une source abondante de documentations (1).

En France, en 1884, à l'occasion d'un dépôt de projet de loi, cette question fut l'objet de débats importants, à la Société Médico-Psychologique et à l'Académie de Médecine, sous l'impulsion principalement de Magnan, Blanche, Charcot, Legrand du Saulle. En 1910, deux nouveaux projets de loi tendant à faire admettre l'aliénation mentale comme cause de divorce furent déposés respectivement par MM. Violette et Maurice Colin, et devinrent l'occasion de nouvelles et intéressantes discussions tant à la Société de médecine légale qu'à la Société Médico-Psychologique, avec les communications très documentées de Juquelier et Filassier (2), Trénel, Ladame, Klippel, Vallon, etc... Enfin, en 1921, mon excellent collègue et ami le D^r Brisson (3) mettait en relief l'absence de morale usuelle et de sentimentalité dans certaines conceptions juridiques allemandes, et provoquait à nouveau des appréciations intéressantes.

(1) CRAMER. — *Gerichtliche psychiatrie*, vol., 1908.

HOCHE. — *Handbuch der Gerichtlichen psychiatrie*, 1901.

BUMKE. — *Gerichtliche Psychiatrie*, in *Traité d'Aschaffenburg*, 1912, Tome V.

DAVIDSON. — *Das Recht der Ehescheidung*, Berlin, 1900.

DERSELBE. — *Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund*, 1900.

LENEL-KREUSER. — *Referate zur Ehescheidungsfrage*. *All. Zeitsch. f. Psych.*, Bd 57, p. 53, etc.

(2) JUQUELIER et FILASSIER. — *Aliénation mentale et divorce*, Soc. Méd.-psych., 25 nov. 1910, 27 février 1911. — *Le mariage et la vie conjugale de 1.000 aliénés parisiens*, Soc. Méd.-psych., février 1913.

KLIPPEL. — *Sur les rapports du divorce et de l'aliénation mentale*, Soc. Méd.-psych., 27 janv. 1913.

TRÉNEL. — *Divorce pour cause d'aliénation mentale d'après la jurisprudence allemande*, *Annal. Médico-psych.*, sept.-oct., 1911.

LADAME. — *Aliénation mentale et divorce*, Soc. Méd.-psych., nov. 1911.

VALLON. — *Aliénation mentale et divorce*, Soc. méd. lég., 9 juin 1913.

JACOMY. — *Aliénation mentale et divorce*, Soc. méd. lég., 8 déc., 1913.

RÉGIS. — *Déséquilibre mentale et divorce*, *Ann. méd.-psych.*, 1911, p. 59.

LE POITTEVIN. — Soc. méd. lég., 13 oct. 1913.

(3) M. BRISSOT. — *Les tendances et l'esprit du code civil allemand en matière psychiatrique : une intervention judiciaire...*, etc. Soc. Méd.-psych., 25 juillet 1921.

Partisans et adversaires de l'aliénation mentale comme cause de divorce s'appuient sur des arguments dignes de retenir l'attention mais, en réalité, se laissent guider par des motifs extra-médicaux. Aussi bien, Gilbert Ballet et Arnaud font remarquer avec raison que la question de fond est purement sociale, et que les arguments médicaux n'ont rien à y voir.

Pour les premiers, l'aliénation mentale confirmée et devenue chronique rompt en fait définitivement toute communauté conjugale. Pourquoi ne pas légaliser cette situation de fait ? Le conjoint interné n'a pas le droit de river à son sort pour de longues années celui qui est sain d'esprit. Les troubles mentaux détruisent plus profondément la communauté intellectuelle que les autres maladies chroniques. A condition que les intérêts matériels du malade soient conservés, il est humain, logique, conforme à l'intérêt social de libérer, s'il le désire, l'époux sain, afin de lui permettre de fonder une nouvelle famille. Le point délicat à trancher sera l'incurabilité de la maladie mentale, car, pour éviter des regrets ultérieurs pénibles et douloureux, il faut que la psychose n'ait plus aucune chance de guérison, et que le pronostic soit non seulement mauvais, mais certain et définitif. En l'état actuel de la psychiatrie, la tâche de l'expert est assurément lourde. Il y a des maladies mentales susceptibles de guérir après plusieurs années ; tout aliéniste peut avoir de ces surprises, et même, plusieurs experts peuvent se tromper. Ces erreurs sont pourtant rares, et loin de faire rejeter le principe, elles doivent inciter le psychiatre à une plus grande circonspection. Les lois sont instituées pour des généralités régulières, et non pour de rares exceptions. Au reste, le nombre de divorces prononcés pour cause de maladie mentale est faible. En Suisse, il ne s'élève qu'au chiffre de 1,36 0/0 (pendant 10 ans, 154 sur 11.260 divorces).

Les adversaires du principe font valoir que l'aliénation mentale est une maladie, et que, de même que la tuberculose, le cancer, etc..., elle entraîne toujours et sans appel un impérieux devoir moral d'assistance vis-à-vis du conjoint aliéné, assistance qui ne paraît

pas possible, ou qui serait singulièrement amoindrie en dehors des liens du mariage. Au surplus, une fois sur cette pente, ne faudrait-il pas également considérer toutes les maladies chroniques comme des causes de divorce ?

Notre intention n'est pas de traiter le fond de la question, mais simplement de présenter quelques faits observés depuis l'armistice en Alsace-Lorraine, où l'art. 1569 du code civil allemand est actuellement encore en vigueur.

Pendant ces 4 années, nous ne fûmes personnellement requis que deux fois par les tribunaux de bailage (équivalents approximatifs de nos justices de paix, mais à attributions plus étendues) pour rédiger un rapport selon les dispositions de cette législation dite locale. Dans le premier cas, en 1919, il s'agissait d'une démente précoce internée depuis près de 10 ans, et qui venait de faire une hémiplegie droite totale, dont la nature syphilitique fut démontrée par le Wassermann positif, la lymphocytose abondante du liquide céphalo-rachidien, et une recherche plus approfondie des antécédents. Le traitement spécifique n'eut cependant pas d'influence. Une escarre sacrée se déclara bientôt avec état cachectique. Aux questions qui nous étaient posées par le juge, nous répondîmes : 1° que cette malade était atteinte d'aliénation mentale ininterrompue depuis plus de 3 ans ; 2° que toute communauté intellectuelle se trouvait suspendue entre les époux ; 3° que cette maladie paraissait incurable, et qu'il n'y avait plus de chance de voir la communauté intellectuelle se rétablir dans l'avenir. La malade mourut quelques mois plus tard, alors que le tribunal allait prononcer le divorce, demandé par le mari, qui habitait la Prusse orientale, et dont l'intention était de se remarier.

Dans le second cas, en 1921, il s'agissait d'une psychose maniaque-dépressive dont les accès, généralement mélancoliques, duraient quelques mois avec de courts intervalles de lucidité, qui n'avaient pas toujours paru suffisants pour motiver chaque fois une sortie. En dernier lieu, la malade était internée de-

puis plus de 3 ans, mais elle avait joui entre temps d'un congé à titre d'essai qui ne fut pas converti en libération. Ce dernier fait était cependant une interruption suffisante. Mon rapport conclut par une réponse négative aux trois questions. Fait assez curieux, le juge de baillage avait également convoqué la sœur supérieure de l'Asile comme témoin. Le divorce ne fut pas prononcé et, au cours d'un de ses intervalles lucides, la malade fut transférée en Allemagne.

Lès deux observations suivantes ont trait à des démences précoces, ou mieux « schizophrénies », qui ont socialement guéri, la première après une durée de 16 années, la seconde après 12 années d'internement. Au point de vue du divorce, l'intérêt du premier cas réside en ce qu'il a été étudié médicalement et tranché judiciairement après la 3^e année. Le malade s'est rendu compte jusqu'à un certain point qu'il était divorcé, et, à deux reprises, nous voyons des préoccupations à ce sujet faire corps en quelque sorte avec ses idées délirantes et ses incohérences. — Au cours de ses recherches bibliographiques, M. Trénel avait déjà trouvé deux malades qui ont guéri après que le divorce fut prononcé pour cause d'aliénation mentale. — Dans notre seconde observation, et le fait ne manque pas d'ironie, c'est le malade lui-même qui a sollicité et obtenu le divorce après sa libération, pour un autre motif.

OBSERVATION I. — Résumé. Schizophrénie. Discordances de l'affectivité, de l'idéation. Idées de grandeur incohérentes. Hallucinations auditives. Stéréotypies. Négativisme. Grande variabilité de l'humeur. Divorce pour cause d'aliénation mentale suivant les dispositions du code civil allemand. Guérison sociale après 16 années d'internement.

Le malade K..., âgé de 35 ans, cocher, marié et père de 4 enfants, entre à la Clinique psychiatrique de Strasbourg le 22 avril 1904 ; il est bientôt transféré à l'Asile de Stephansfeld, puis, le 20 juin 1907, à l'asile des aliénés chroniques de Hoerd, avec le diagnostic de démence précoce catatonique.

On ne relève pas d'antécédents héréditaires. Lui-même a toujours été bien portant. Les dernières semaines qui ont

précédé son internement, il s'adonnait à la boisson. Il n'est pas rare que certains déments précoces présentent au début un appoint alcoolique, qui est en réalité sans influence sur la genèse et l'évolution de leur maladie.

1904

K... ne présente aucun signe physique d'éthylisme, et son état mental n'est pas celui d'un alcoolique. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux. D'humeur indifférente, il frotte ses habits avec ses doigts pendant qu'on l'interroge. Bien orienté dans l'espace, il ne peut dire ni l'année, ni depuis combien de temps il est à la Clinique. Il donne par contre des réponses précises concernant sa famille et son état civil.

Juillet. — Changeant d'un jour à l'autre, il est habituellement dans un état de semi-stupeur et ne répond pas. A d'autres moments, il s'agite, se met à crier, prétend qu'il a délivré le monde et est mort sur la croix : « Je suis le maître du monde. »

Septembre. — L'agitation persiste, mais se manifeste davantage par des mouvements stéréotypés. Il fait de la résistance. A certains ordres il réagit, mais reste indifférent à d'autres. Par intervalles, on l'entend chanter à tue-tête des paroles sans suite.

Octobre. — Brusques changements d'humeur. L'agitation motrice a disparu. Négativisme. Aspect somnolent. Les quelques paroles qu'il a prononcées manifestent un grand trouble de l'association des idées.

1905

25 janvier. — Il a dû être isolé parce qu'il criait toute la journée d'une manière incohérente. Salade de mots. Irritabilité.

20 juin. — D'une façon générale plus calme. Se couche cependant par terre, recommence à crier de temps à autre, et à chanter.

9 octobre. — Propos confus et incohérents : une femme est sa maman, un lieutenant est maintenant voyageur de cartes postales ; ce sont des gens nobles, ce n'est pas une honte pour le lieutenant... etc.

1906

10 août. — Les lettres qu'il écrit sont généralement incompréhensibles. Il ne s'occupe à rien et se montre très apathique.

10 décembre. — Travaillait à la cuisine, mais n'a pu s'y maintenir en raison de la réapparition de courts accès d'agitation impulsive avec cris incohérents.

1907

15 novembre. — Le divorce est prononcé sur la demande de l'épouse pour cause de troubles mentaux remplissant les conditions exigées par l'art 1569 du nouveau code civil allemand : 1° durée de la maladie d'une manière ininterrompue pendant plus de 3 ans ; 2° disparition de la communauté intellectuelle entre les conjoints ; 3° disparition de toute perspective de rétablissement de cette communauté intellectuelle dans l'avenir, c'est-à-dire incurabilité.

Décembre. — Les hallucinations auditives sont signalées pour la première fois. Le malade crie, gesticule pendant des heures entières, puis redevient plus calme. Dans ses propos, on distingue les mots d'empereur et de pape, qui reviennent à chaque instant. Malgré ces manifestations à grand fracas, la conduite et la tenue deviennent plus régulières, et le malade s'occupe un peu.

1909. — Etat à peu près stationnaire. Dès qu'il n'est plus occupé, il s'excite à nouveau, et réagit à ses hallucinations auditives.

1910. — Pas de changement. Fausses reconnaissances.

24 avril 1912. — Sait qu'il est divorcé et prétend qu'il s'est remarié en secondes noces le 8 février 1908, avec une femme qui demeure ici, dans l'établissement, au 3^e étage, chez les sœurs. Il demande à la voir et à habiter avec elle. Il refuse de travailler avec ses camarades et ne s'occupe plus que lorsqu'il est seul.

20 août 1913. — Visité par son fils, il le reçoit volontiers. Il prétend qu'il a été maltraté chez lui par les agents de police de « l'apôtre Krebs », qui l'a séparé de sa femme et de ses enfants. Il ajoute qu'il a de faux pieds, de fausses mains et que ses parties génitales ne sont pas à lui ; il voudrait cependant aller auprès de sa femme et de ses enfants au ciel. « J'ai vu des signes au firmament, d'après lesquels elle veut de nouveau vivre avec moi. »

Novembre 1916. — Bizarreries d'attitude. Se montre cependant docile, calme et s'occupe aux écuries.

Décembre 1917. — L'amélioration continue. Il écrit à ses enfants, les reçoit avec plaisir et leur manifeste de l'affection.

1918. — En raison de la pénurie du personnel, il est employé en qualité de cocher et s'occupe bien de sa tâche.

1920. — Il jouit d'une liberté presque complète et continue à s'occuper régulièrement. On ne constate plus ni idées délirantes, ni hallucinations ; l'affectivité paraît normale ; l'association des idées se fait normalement, sans discordance, et les souvenirs sont bien conservés. Actif, exact, plein de zèle, il donne toute satisfaction dans son travail. Sa tenue et son langage sont corrects. Il se montre satisfait de ses fonctions, prenant plaisir aux voitures, aux chevaux, au sujet desquels il possède quelque compétence. A signaler cependant qu'il ne se lie pas volontiers avec le personnel, recherche une certaine indépendance dans l'accomplissement de sa tâche et se montre très susceptible. En dehors du service professionnel, il reste un peu suggestible, et son jugement laisse parfois légèrement à désirer.

Sans rancune contre sa femme, qui s'était remariée peu de temps après le divorce, il allait au début lui faire une courte visite lorsqu'il était de passage à Strasbourg. Celle-ci l'ayant prié de s'en abstenir, il n'insista pas. Il sait qu'il est très sensible vis-à-vis des boissons alcooliques et s'observe à ce sujet. Il a cependant été remarqué l'une ou l'autre fois en état d'ébriété relative mais, chaque fois, il avait été poussé à boire par des camarades.

Dans l'ensemble, on ne note pas de séquelles psychiques importantes, ni de déficit intellectuel notable, affectif ou volontaire. Il s'agit donc, comme on le voit, d'une guérison sociale permettant au patient de reprendre sa place au dehors de l'Asile.

Un congé de sortie à titre d'essai d'une durée de 1 mois s'étant passé régulièrement, K... sort définitivement le 5 novembre 1920, après 16 années d'internement. Depuis, nous le revîmes presque journellement. La guérison sociale se maintient encore aujourd'hui.

Ajoutons que lorsque la femme, qui n'était pas très heureuse avec son second mari, et à laquelle les médecins avaient affirmé l'incurabilité de K..., apprit que ce dernier était sorti de l'asile et gagnait honorablement sa vie, elle en conçut un vif chagrin et mourut peu de temps après.

OBSERVATION II. — Résumé. Schizophrénie à forme paranoïde. Hallucinations de l'ouïe. Idées de persécution et de grandeur de plus en plus pauvres. Alternatives de stupeur et d'agitation impulsive. Incohérences des associations

d'idées. Troubles et diminution de l'affectivité. Stéréotypies nombreuses. Négativisme. Sitiophobie et mutisme presque complet pendant 3 ans. Guérison sociale après 12 années d'internement.

N..., tailleur, âgé de 42 ans, entre en 1906 à la clinique psychiatrique de Strasbourg avec le diagnostic de paranoïa ; il est transféré à l'asile de Stephanspheld le 12 mars 1907, où l'on ne tarde pas à rectifier le diagnostic en celui de démence précoce ; le 11 janvier 1909, il est évacué sur l'asile des aliénés incurables de Hoerdts.

On ne note pas d'hérédité pathologique. Il a fréquenté normalement l'école primaire, puis le collège jusqu'à la 4^e incluse. Il entre ensuite dans une maison de confection de Strasbourg où il reste 12 ans, puis il s'installe à son compte et organise un atelier de tailleur. Marié, il a un fils bien portant. Il n'a jamais fait de maladies graves, ni d'excès alcooliques.

En 1905, à la suite d'un procès avec son propriétaire, il devient défiant, bizarre, s'agite facilement et manifeste des idées de persécution. Il prétend qu'il est suivi par des détectives, que les gens font des signes dans la rue à son sujet ; il entend proférer des injures sur son passage ; lorsqu'il veut faire des achats dans les magasins, il est annoncé par avance à coups de téléphone. Bientôt il ne travaille plus, s'enferme dans ses appartements, porte constamment un revolver sur lui et ne tarde pas à être amené par la police à la clinique de l'hôpital.

Volontiers loquace, son orientation est bonne. Il prétend que le Kaiser et le prince Eitel-Frédéric ont commandé des vêtements chez lui, que l'infirmier est son coupeur, que la religieuse est sa belle-sœur. Les malades ne sont pas de véritables malades, mais des individus placés là uniquement pour l'observer. Il a peur, craint d'être opéré, et dit que des têtes de chiens et de pores dansent devant lui. Inactif, il reste facilement au lit, s'alimente peu et doit être souvent nourri à la sonde. En juin, sous l'influence de voix impératives et menaçantes, il fait une sérieuse tentative de suicide en essayant de se couper les artères des poignets et les artères fémorales.

1905

Souvent grossier, il entre dans de véritables accès de fureur explosive contre le médecin et le personnel qu'il injurie (schimpfanfälle), sous prétexte qu'ils ont mal parlé de lui au cours de la nuit. Il entend parler dans la sou-

pape du calorifère ; ses propres pensées sont exprimées par des voix étrangères ; il est influencé du dehors au point d'être obligé de proférer des injures auxquelles il n'avait jamais pensé auparavant. Tantôt loquace, exalté, d'humeur gaie, il se confie à d'autres moments dans un mutisme indifférent, ne mange que des légumes ou pas du tout, et doit être nourri artificiellement. Ses associations d'idées deviennent davantage discordantes, et le délire, plus confus, se nuance d'idées de grandeur : « on a tué le roi, mon roi dans une maison jaune ; je veux mon roi ; la fiancée, c'est l'Alsace, parce que j'ai expulsé la femme ; il en est sorti qu'elle est une hermaphrodite... Vous avez aidé à tuer le roi... Ma belle-sœur a fait des bêtises avec des fantômes... etc. » Le Kaiser, le prince Eitel-Frédéric, sa femme, les employés de la police criminelle reviennent fréquemment dans ses propos. Des lettres adressées au Kaiser l'accusent de trahir l'Alsace-Lorraine. Ce dernier a été chez lui, à Ems, dans son magasin, coiffé d'une perruque ; le prince Eitel s'est présenté sous le nom de M. Klein. Lui-même est entraîné dans une histoire politique, et doit être nommé empereur. Subitement, et comme mû par un ressort, il se met à crier : « Je reste Prussien, anathème à ce pays (il est d'origine allemande), vous êtes le meurtrier du roi », et il crache tout autour de lui.

Vers la fin de l'année, son attitude change. Il se cache la tête sous ses couvertures, ne répond pas ou prononce quelques brèves injures, cherche à donner, sans mot dire, des coups de pied aux infirmiers ou aux malades. Il faut l'alimenter à la sonde.

-1908

Alimentation artificielle pendant toute l'année. Dès qu'il se rend compte des préparatifs pour la sonde, il se lève spontanément et s'assied passivement sur une chaise. Parfois, sitôt que la sonde touche le nez, ou au cours du cathétérisme, il se met tout à coup à crier à tue-tête : « meurtriers de roi, vagabonds, brigands, écorcheurs », puis, sans faire la moindre résistance, et sans plus rien dire, il court au lit se cacher sous ses couvertures jusqu'à la prochaine sonde.

1909

Continuation de ces curieuses stéréotypies : même passivité pour recevoir la sonde sur une chaise, mêmes injures monotones, puis mutisme complet. Le retour au lit est ce-

pendant agrémenté d'un mouvement nouveau : avant de se cacher sous les couvertures, il tourne maintenant deux fois sur lui-même.

1910

La sonde œsophagienne est toujours donnée dans les mêmes conditions. Amaigrissement extrême. Quelques bandes de linoléum neuf ayant été étendues sur le plancher de l'infirmerie, il les évite, et fait dans ce but un grand détour pour rejoindre son lit, sans donner la moindre explication.

En juillet, après 3 années d'alimentation artificielle et de mutisme presque absolu, il commence à s'alimenter seul, à parler et à lire les journaux. Il ne veut plus s'appeler N..., mais Obermann (homme supérieur) ; il ressasse les personnages impériaux qu'il a vus défiler dans Strasbourg. A Stephanspheld, il a vu la princesse Cécile en robe couleur de colchique qui lisait sa lettre où étaient mentionnés les œufs pourris que le médecin lui avait donnés par le nez. « J'ai le droit de constater qu'elle est la reine de la nation prussienne du monde, naturellement dans les couleurs noires bleues, pas autrement. Le professeur R... que j'ai « geziecht » (néologisme qu'il ne peut expliquer) et le Dr L... trouvent dans mon esprit et savent immédiatement mes pensées ; au moment où le Kaiser tombe, c'est moi qui suis Kaiser. Je suis pour le parti welfisch, je veux être opéré. »

En décembre, son état physique s'est très amélioré, mais il retombe dans son mutisme, se détourne lorsqu'on lui parle ou lorsqu'on le touche, fait un détour, continue à s'alimenter seul, mais refuse les suppléments.

1911

Plus accessible, il se montre cependant, avec certaines personnes, maussade, muet et se détourne toujours. Ses propos restent incohérents : « vous avez marié la princesse, vous avez apporté 4 chevaux et voitures, et vous êtes bien là ; ne me rendez pas jaloux ; vous en serez bien puni. Vous étiez présent, et vous avez ri quand il m'a battu derrière les oreilles. Guérissez-moi d'abord, faites-moi sortir une excroissance de la tête, mettez-moi dans l'eau et voyez-moi, j'ai bien remarqué que vous avez mis physiquement l'eau dans ma bouche, la couleur blanche est sale. »

1912

Il commence à s'occuper au bureau, mais se montre importun, réclameur, s'occupe de tout « à la manière d'un paranoïde ». Il refuse la visite de ses parents, de son fils et surtout de sa femme, dont il demande le divorce. Il écrit des lettres aux autorités uniquement pour demander des renseignements. Vis-à-vis du personnel il se montre poli, aimable et comprend facilement ce qu'on lui explique. Il prétend toujours que le Kaiser Wilhem a été commander un complet chez lui et qu'il le lui a livré.

1913

Réclame sans raison, s'irrite, fait des commandes bizarres aux fournisseurs, entre en fureur lorsqu'il reçoit les factures, se montre grossier, ne veut plus faire laver son linge à l'asile... etc.

1914

Dans une longue lettre écrite au Professeur de la Clinique, il se plaint que ses pensées sont contrôlées. Ayant eu la dysenterie, il prétend que celle-ci était « de nature électrique ». Pendant plus d'un mois il retombe dans son mutisme, puis prétend qu'il est trahi, et déverse à nouveau des torrents d'injures et de malédictions.

1915

Mutisme. S'écarte lorsqu'on l'approche, puis tourne le dos. Placé à la salle d'observation, il reste des heures entières debout sur un pied, refuse de nouveau la nourriture et doit être derechef alimenté à la sonde. Début d'escarre sacrée superficielle. Au bout de quelques mois, redevient aimable, travaille par intermittence soit au jardin, soit au ménage, mais il demande souvent à changer et se montre d'un éclectisme bizarre en ce qui concerne sa nourriture et les récipients qui la contiennent.

1916

Lorsqu'il va à la cuisine chercher les repas, il dépose la vaisselle puis s'en va dans un coin et tourne le dos sans rien dire en attendant que tout soit préparé. Travaillant à la ferme, il dénonce à l'économe chaque bagatelle qu'il croit être une faute. Il prétend qu'on a fait sur lui des expériences très méchantes, et qu'on lui corne toujours dans les oreilles. Les années passées, il a entendu jusqu'à 50 voix à la fois qui l'insultaient et le provoquaient, au point qu'il a voulu se jeter la tête contre les murs.

1917

Parle souvent seul, prononce de longs discours. Reste la plupart du temps au quartier et traverse des alternatives de mutisme maniéré et d'attitude relativement correcte, sans que les stéréotypies disparaissent complètement. Paraît nettement amélioré.

1918

Il travaille régulièrement et cherche, par une correspondance secrète avec un avoué de Strasbourg, à faire lever son interdiction, d'après laquelle sa femme est sa tutrice. Il refuse la plupart du temps la visite de celle-ci, prétextant qu'autrefois elle avait peur de lui. Finalement, il dit consentir à retourner près d'elle, obtient un congé de sortie à titre d'essai mais, au lieu d'aller à Strasbourg près de sa femme, il s'embauche chez un paysan des villages environnants.

Entre temps, comme il cherchait toujours à faire lever son interdiction, et que le directeur de l'Asile de Hoerdts lui refusait le certificat nécessaire, il va de sa propre initiative se mettre en observation à la clinique psychiatrique de Fribourg, afin d'obtenir l'attestation qu'il est guéri et en état de gérer ses affaires.

Après 3 semaines de séjour à cette clinique, on lui fournit l'avis favorable qu'il sollicitait. Ce document, daté du 26 avril 1918, contient un bref résumé du dossier de Hoerdts, puis constate que N... ne présente plus de troubles psychiques susceptibles de l'empêcher de gérer sa fortune et de mener une vie simple au dehors : il est calme, d'une tenue parfaite, bien orienté, et fait des réponses correctes ; sa mémoire est bonne ; ses facultés intellectuelles correspondent à sa position sociale et à son éducation. Il est « psychiquement guéri », bien qu'il subsiste encore quelques bourdonnements d'oreilles, et peut-être « un petit résidu d'idées délirantes qu'il dissimulerait », mais qui, si elles existent, n'exercent à coup sûr aucune influence sur sa conduite qui reste cependant un peu méfiante.

Muni de ce certificat, il fait lever rapidement son interdiction à Strasbourg, réorganise un atelier de tailleurs, réclame et obtient le divorce contre sa femme, qu'il ne pouvait plus voir, et se remarie peu de temps après.

À partir de 1920, je l'ai revu souvent au cours des visites qu'il faisait à ses clients, au nombre desquels il me comptait, et j'ai pu constater que jusqu'à ce jour la gué-

risson sociale se maintient. Il s'est fait naturaliser, et confectionne en particulier des uniformes pour une administration française.

Faut-il s'étonner de voir deux déments précoces, après une si longue évolution, aboutir à une guérison sociale qui ne laisse subsister qu'un très léger déficit mental ?

Rappelons d'abord que Bleuler englobe dans son groupe des schizophrénies, à côté des démences précoces généralement admises, toutes les poussées délirantes dégénératives des auteurs français, beaucoup de cas de confusion mentale, et toutes les psychoses hallucinatoires chroniques. Dans la dernière édition de son *Traité*, frappé par ce fait que la dissociation psychique se manifeste beaucoup plus tardivement dans les délires systématisés hallucinatoires, Kraepelin trace, presque à contre-cœur, il est vrai, un léger sillon de démarcation entre ce groupe des délires chroniques qu'il appelle « paraphrénies » (1) et les autres démences précoces, mais il a soin d'ajouter que ce sillon n'implique pas une différence de nature.

Il est évident que le pronostic de la démence précoce varie avec la conception que l'on adopte. On sait que le mot démence est ici mal choisi, et ne doit pas être pris dans son sens habituel d'affaiblissement intellectuel irrémédiablement incurable. Il s'agit plutôt d'une scission (schizophrénie de Bleuler), d'une discordance (2) (folies discordantes de Chaslin) susceptible de porter sur l'intelligence, l'affectivité, la volonté, ou sur les rapports de ces trois éléments entre eux et avec la réalité. Il semble qu'il n'y a pas à proprement parler destruction, mais désengrenage des fonctions psychiques, d'où possibilité plus grande de réparation.

Ces discordances se présentent sous forme de tran-

(1) Cette conception de Kraepelin fera l'objet de la thèse de Frey, interne à l'asile de Rouffac.

(2) Ph. CHASLIN. — *Eléments de séméiologie et clinique mentales*, 1912.

ches différentes et très variables au cours de l'évolution d'une même forme de la maladie. Tous les auteurs signalent des améliorations et des rémissions, parfois de longue durée. Parmi les états terminaux, les guérisons avec léger déficit mental ne sont pas des exceptions.

Régis (1) pense que plus la démence précoce est rapprochée de son début, plus elle est susceptible de guérison ; une fois à la période d'état, elle offre peu de chances de rétablissement.

Pour Mlle Pascal (2), les rémissions sont fréquentes, mais les prétendues guérisons s'accompagnent d'affaiblissement psychique et souvent de rechutes. Il est cependant des cas où « la longueur illimitée des rémissions et l'affaiblissement mental léger équivalent à une guérison ».

Deny et Lhermitte (3) ont observé assez souvent « un arrêt évolutif compatible avec le retour à la vie commune, et la reprise de certaines occupations ». Les prétendues guérisons n'étaient que des rémissions ou des erreurs de diagnostic dans lesquelles la maniaque-dépressive était le plus souvent en jeu.

Le Professeur Pfersdorff (4), sur 150 cas, trouve 15 0/0 d'améliorations ayant duré de 2 à 10 ans.

Meyer signale que 20 à 25 0/0 de ses malades, qui présentaient des manifestations catatoniques se sont rétablis au point de reprendre leurs occupations professionnelles, et de paraître sains d'esprit à leur entourage. Räcké, sur 171 catatoniques, compte 15,8 0/0 de guérisons pratiques. Aschaffenburg, Zeudig, après des recherches portant sur de nombreux cas, concluent qu'aucune démence précoce avérée ne se termine par une guérison certaine. Schmidt, sur 455 cas, en compte 57,9 0/0 se rapportant à un état terminal de démence ; 15,5 0/0 à une guérison avec déficit ; 16,2 0/0 à une guérison, le reste étant décédé.

(1) RÉGIS. — Précis de Psychiatrie, 1909.

(2) CONSTANZA PASCAL. — La démence précoce, vol., 1910.

(3) DENY et LHERMITTE. — Art. les démences précoces du Traité de psych. path. internat. de A. Marie.

(4) PFERSDORFF, — *Zeitschrift f. Klin. méd.*, LV, 1904,

Après avoir rapporté ces statistiques variables, Kraepelin (1) explique leurs contradictions par la « grosse incertitude » qui persiste encore au sujet de la délimitation de la démence précoce. Les formes paranoïdes sont plus ou moins rattachées à la démence précoce, ainsi que les malades d'âge avancé. La délimitation est également variable en ce qui concerne la confusion mentale et la maniaque-dépressive, de sorte « qu'il n'existe pas actuellement de diagnostic différentiel absolument inattaquable. » D'où des pronostics plus ou moins favorables. Pour lui, les symptômes principaux de la maladie peuvent disparaître dans nombre de cas, alors que persistent seulement quelques « changements imperceptibles » de la personnalité qui ne nuisent en rien dans l'accomplissement des tâches journalières de la vie. Ces guérisons avec déficit léger présentent tous les intermédiaires, et constituent à proprement parler des « guérisons pratiques ». Avec cette conception de la guérison, il a observé 8 0/0 de guérison des formes hébéphréniques, et 13 0/0 des formes catatoniques.

Pour Bleuler (2), la guérison véritablement scientifique des schizophrénies, impliquant le *restitutio ad integrum*, le *statu quo ante*, n'existe pas. Par contre, les rémissions sont nombreuses. Comme une blessure, comme la tuberculose, les schizophrénies peuvent guérir en laissant une cicatrice qui se manifeste par quelques bizarreries, ou un déficit souvent très léger. Il cite ensuite des cas de schizophrénie qui, après la sortie, et malgré le déficit, ont encore rempli une brillante carrière. Il y a même des malades qui, guéris d'un accès aigu, paraissent mieux qu'auparavant. Ainsi, un individu sombre et renfermé d'habitude peut devenir plus riant après son accès. Wille, cité par le Maître de l'Ecole de Zurich, rapporte 6 cas où la maladie a agi dans ce sens favorable en modifiant le caractère.

(1) KRAEPELIN. — *Psychiatrie*, Tome III, 1913.

(2) BLEULER. — *Dementia præcox oder gruppe der Schizophrenien*, tome IV du traité de psychiatrie d'Aschaffenburg, 1911.

Quoi qu'il en soit, nous pensons que nos deux malades étaient bien des déments précoces au sens de Kraepelin et de Bleuler, avec troubles de l'association des idées aboutissant souvent à une véritable incohérence des propos, troubles de l'affectivité, alternatives de stupeur et d'agitation impulsive, stéréotypies nombreuses, négativisme. Le second, à forme plus particulièrement paranoïde, présentait en outre des hallucinations de l'ouïe, des idées de persécution et de grandeur non systématisées dont l'expression est devenue de plus en plus pauvre. Après un internement d'une durée respective de 16 ans pour le premier, de 12 ans pour le second, le processus maladif a diminué progressivement pour ne laisser subsister à la sortie qu'un léger déficit mental caractérisé surtout par une obtusion de quelques sentiments, une certaine susceptibilité, et peut-être un jugement parfois hésitant mais parfaitement compatible avec la vie extérieure. S'il ne s'agit pas de guérison au sens scientifique de restitution intégrale, on peut au moins parler d'une guérison sociale qui se maintient, depuis 3 ans pour l'un, et 5 ans pour l'autre.

Petren (1), cité par Trénel, avait déjà retenu 33 cas de guérisons tardives de psychoses diverses (folies maniaques-dépressives et démences catatoniques) ayant duré de 4 à 12 ans. Calmettes (2) rapporte 7 guérisons de malades (6 maniaques-dépressifs et 1 dément précoce) après un séjour à l'asile variant entre 6 et 14 ans. — On voit ainsi quelle complexité revêt en psychiatrie la notion d'incurabilité qui domine, en définitive, au point de vue médical, la question du divorce pour cause d'aliénation mentale. On serait presque tenté de s'en tenir au mot de Langermanns : « Dieu seul sait ce qui est curable. »

(1) PETREN. — *Über Spätheilung von Psychosen*, *Nordischer Medizinischer Arch.*, 1907-1908.

(2) CALMETTES. — *Sur la guérison tardive des accès d'aliénation mentale*, *Ann. Méd.-psych.*, mai 1912.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 MARS 1923

Présidence de M. ANTREAUME

Assistent à la séance : MM. Allamagny, Bussard, Collet, Demay, Minkowski, Rayneau, membres correspondants.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. le D^r Deny qui remercie la Société de l'avoir nommé membre honoraire ;

une lettre de M. le D^r Ceillier qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant. Une Commission est nommée, composée de MM. Séglas, Claude et Vurpas, rapporteur.

M. H. COLIN, Secrétaire général, signale que depuis quelque temps le compte rendu de la Société Médico-psychologique remplit les trois quarts de chaque numéro des *Annales*, ce qui est contraire aux conventions entre la Société et la *Revue*. Il prie les auteurs de vouloir bien réduire désormais la longueur de leurs communications.

M. le Président annonce une place vacante de membre titulaire. La Commission d'examen des candidatures sera nommée à la prochaine séance.

Présentation d'ouvrage

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Au nom du Bureau de la *Société internationale d'histoire de la médecine*, j'ai l'honneur d'offrir à la Société Médico-psychologique un exemplaire des *Comptes rendus du deuxième Congrès international d'histoire de la médecine* tenu à Paris en juillet 1921, comptes rendus recueillis et publiés par MM. Laignel-Lavastine et Fosseyeux. C'est un fort volume, grand in-8 jésus de 600 pages, qui contient

65 communications avec illustrations et un résumé des objets exposés à la Faculté de médecine lors de l'*Exposition rétrospective médicale*, origine du *Musée d'histoire de la médecine*. On trouve ce volume chez l'éditeur Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne.

Si je l'ai présenté ici, c'est pour deux raisons. De tous temps, la Société Médico-psychologique s'est intéressée aux travaux historiques : il suffit de citer les noms de nos grands ancêtres, Ulysse Trélat, Calmeil, Morel, Lasègue, etc., pour montrer ce que l'histoire médicale doit aux aliénistes.

En second lieu, les comptes rendus du Congrès de Paris contiennent plusieurs communications, qui touchent à la médecine mentale.

Raymond Neveu, évoquant *Epidaure, ville sainte*, montre à quel degré était déjà arrivée en Grèce la psychothérapie.

Avec Jean Vinchon, j'ai, dans un *Essai sur la médecine de l'esprit au XVIII^e siècle*, démêlé les origines des idées de Cabanis et de Pinel dans le mouvement philosophique des Encyclopédistes.

Fosseyeux, étudiant *Dante et la médecine de son temps*, expose la psycho-physiologie de saint Thomas d'Aquin.

Paul Courbon peint en coloriste l'évolution de la *psychiatrie en Alsace à travers les âges*.

Cabanès, énumérant les *Étapes de la psychopathologie historique*, insiste sur l'importance des précurseurs, tels qu'Hérodote, Plutarque et Tacite.

Et Mourgue décrit les *grands courants de la pensée biologique en France au début du XIX^e siècle*, à propos des idées de Risuéño d'Amador sur la méthode en médecine.

Je pense donc que la présentation des comptes rendus du deuxième Congrès international d'histoire de la médecine était ici légitime.

Rapport de Candidature

M. RAYNIER. — Messieurs, au nom d'une Commission composée de MM. René Charpentier, Toulouse et Ray-

nier, j'ai l'honneur de vous soumettre le rapport, que vous l'avez chargée de vous présenter sur la candidature du Docteur Belarmino Rodriguez au titre de membre associé étranger.

M. Belarmino Rodriguez, ancien assistant de la Faculté de Médecine de Barcelone, — devant laquelle il a soutenu en 1917 sa thèse sur la réaction de l'or colloïdal dans la paralysie générale — ; ancien médecin adjoint de l'asile d'aliénés de S. Baudilio ; aliéniste et neurologue de l'hôpital clinique ; secrétaire de la Société de neurologie et de psychiatrie de Barcelone, a publié tant en espagnol qu'en français de nombreuses communications d'ordre clinique ou thérapeutique et des articles originaux touchant à notre spécialité.

Ses études neurobiologiques parmi lesquelles tiennent une place importante des recherches de laboratoire sur la syphilis des centres nerveux et sur le liquide céphalo-rachidien lui ont valu le titre de secrétaire adjoint de l'Académie et du Laboratoire des Sciences médicales de Catalogne.

Il a pris part dans son pays à d'importants Congrès médicaux, et participé activement à Paris, depuis quelques années, aux travaux des réunions neurologiques annuelles et au Congrès des dermatologistes et syphili-graphes de langue française.

L'an dernier, il a, vous le savez, assisté comme représentant de l'Université et des neuro-psychiatres de Barcelone au Congrès de prophylaxie et d'hygiène mentales et à la commémoration du Centenaire de la thèse de Bayle. A cette occasion, plusieurs d'entre vous ont pu apprécier non seulement son activité scientifique mais aussi son caractère et sa courtoisie. Les comptes rendus de séances gardent la trace de l'intéressante contribution qu'il a apportée à la discussion des rapports et vous n'avez pas oublié les si cordiales paroles qu'il a à plusieurs reprises prononcées pour rendre un délicat hommage à l'enseignement des maîtres français et pour préconiser une étroite union latine.

Cette union en faveur de laquelle, à notre tour, nous formulons des vœux, vous pouvez encore la resserrer, en accueillant, comme vous le propose votre Commis-

sion, le Docteur Belarmino Rodriguez — déjà membre correspondant de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, et de la Société de Neurologie de Paris, — parmi les membres associés étrangers de la Société Médico-psychologique.



M. Belarmino RODRIGUEZ est élu membre associé étranger à l'unanimité des votants.

Recherches sur le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques

Par MM. L. MARCHAND et E. ADAM

Au moment où de nouvelles théories sont émises attribuant un rôle important à l'hypervagotonie dans la pathogénie des crises épileptiques, nous avons pensé que des recherches méthodiques concernant les modalités du réflexe oculo-cardiaque chez les comitiaux pouvaient présenter quelque intérêt.

Les travaux publiés sur ce sujet ont abouti à des résultats contradictoires.

Les premières recherches sur le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques ont été faites par Lesieur, Vernet et Petzetakis (1). Leurs conclusions peuvent être résumées ainsi. Constamment le réflexe oculo-cardiaque est considérablement exagéré chez les épileptiques. Neuf sujets sur 33 ont présenté des ralentissements de 30 à 52 pulsations par minute ; vingt sujets des ralentissements du pouls supérieurs à 16 pulsations par minute ; les autres malades présentaient un ralentissement allant de 12 à 16 pulsations. Les malades ayant moins de crises étaient ceux dont le réflexe était le moins exagéré et *vice versa*. Le traitement bromuré

(1) CH. LESIEUR, M. VERNET et PETZETAKIS. — Contribution à l'étude du réflexe oculo-cardiaque : son exagération dans l'épilepsie. *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 6 mars 1914.

aurait pour effet de diminuer l'exagération de ce réflexe. Ces mêmes auteurs ont enfin recherché l'état du réflexe oculo-cardiaque avant et après la crise d'épilepsie et ils ont noté que le réflexe présentait une atténuation de son exagération aussitôt après la crise qui semble avoir pour effet de diminuer l'hyperexcitabilité du pneumogastrique.

Giraud (1) dans sa thèse arrive aux mêmes conclusions. Métis (2) admet aussi que ce réflexe est exagéré dans l'épilepsie, mais ne remarque pas qu'il soit influencé par la médication bromurée. Graziani (3) le trouve exagéré nettement chez la plupart des épileptiques. Pour Claude, Tinel et Santenoise (4), le réflexe s'exagère pendant les périodes qui précèdent ou accompagnent la crise ; les paroxysmes épileptiques seraient conditionnés par l'état hypervagotonique.

Ces dernières conclusions ne s'accordent pas avec les résultats obtenus par Maillard et Codet (5). Ces auteurs font d'abord la remarque qu'on ne sait pas encore ce qu'est le réflexe oculo-cardiaque normal, que chez des sujets normaux on trouve des diminutions de 16, 20 et 24 pulsations par minute, que ce réflexe n'est pas constant chez le même individu. Ils concluent que ce réflexe n'est pas exagéré chez les épileptiques. Ils n'ont trouvé aucun rapport appréciable entre le degré du réflexe et le nombre des crises ; ils notent enfin que le réflexe est quelquefois diminué par le traitement bromuré, mais que cette action n'est pas constante puisque chez des malades bromurés on trouve des diminutions du nombre des pulsations de 16, 20 et 24. Par contre, ils n'ont jamais observé de réaction

(1) R. GIRAUD. — Le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques. *Thèse de Lyon*, 1916.

(2) J.-A. METIS. — Le réflexe oculo-cardiaque en neurologie et en psychiatrie. *Trabales de la Societa Biologica*, L. VI, 1918.

(3) A. GRAZIANI. — Contribution à l'étude du système endocrino-sympathique dans l'épilepsie et dans l'idiotie. *Riv. Ital. di Neur. Psych. ed Elett.*, n° 5 et 6, mai-juin 1920, p. 133 et 165.

(4) H. CAUDE, J. TINEL et SANTENOISE. — Etude comparée des réflexes oculo-cardiaque et solaire. *Soc. de Biol.*, 25 nov. 1922.

(5) MAILLARD et CODET. Réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques (réflexe d'Aschner). *Soc de Psychiatrie*, 18 juin 1914.

inverse, c'est-à-dire une exagération du rythme cardiaque par la compression oculaire.

Roubinovitch et Chavany (1), comme les auteurs précédents, ont pu se rendre compte que les affirmations citées plus haut n'étaient justifiées que dans un nombre restreint de cas. Opérant avec un oculo-compresseur manométrique, ils ont noté les résultats suivants avec une compression de 15 centimètres de mercure :

Bradycardie forte (plus de 25 pulsations).....	31,2 0/0.
» moyenne (entre 10 et 20 pulsations).....	28,7 0/0.
» faible (entre 1 et 10 pulsations).....	27,5 0/0.
Absence du réflexe ou réflexe inversé	12,5 0/0.

Ils ont remarqué, en outre, chez 62,5 0/0 de leurs épileptiques une tachycardie résiduelle à laquelle ils attachent une grande valeur diagnostique. Ils ont trouvé que le pouls, après la cessation de la compression oculaire, augmente de 5, 10, 15 pulsations par rapport au chiffre noté avant la recherche du réflexe oculo-cardiaque.

Munier (2), par la recherche du réflexe oculo-cardiaque, constate chez les épileptiques un état de déséquilibre du système sympathique se traduisant par des réactions d'une extrême variabilité qui les fait passer rapidement de la sympathicotomie à la vagotonie.

Ce rapide exposé montre combien les opinions diffèrent sur l'état du réflexe oculo-cardiaque chez les comitiaux. Pour les uns le réflexe oculo-cardiaque serait toujours positif et même exagéré, pour certains les variations seraient semblables à celles que l'on constate chez les sujets normaux ; pour d'autres enfin, les épileptiques présenteraient un déséquilibre du système vago-sympathique, ils seraient amphitoniques.

Dans nos examens, nous avons suivi la technique suivante. Le pouls était compté au moyen de l'oscillomètre de Pachon, le sujet étant assis. Pendant une

(1) J. ROUBINOVITCH et J.-A. CHAVANY. — Contribution au diagnostic des états épileptiques. La tachycardie résiduelle consécutive à la cessation de la compression oculaire dans la recherche manométrique du réflexe oculo-cardiaque. *Bull. Acad. de Méd.*, 7 juin 1921, p. 687.

(2) A. MUNIER. — Les troubles sympathiques dans les états convulsifs : essai pathogénique. *Thèse de Nancy*, 1921.

demi-minute avant la compression oculaire, nous avons relevé le nombre des pulsations ; puis au commandement, la compression binoculaire était exercée par l'un de nous au moyen des doigts. Nous avons noté les pulsations d'abord pendant les quinze premières secondes de la compression, puis pendant une seconde période de quinze autres secondes. Immédiatement après la cessation de la compression oculaire, nous avons relevé le nombre des pulsations pendant une demi-minute. Pour comparer entre eux les nombres de chacune de ces périodes, nous les avons rapportés à la valeur d'une minute en multipliant par 2 les chiffres correspondant aux périodes d'une demi-minute et par 4 les chiffres correspondant aux périodes de quinze secondes. En agissant ainsi nous avons éliminé les erreurs inhérentes au facteur individuel.

Nous nous sommes attachés à exercer une compression oculaire assez forte pour déterminer des phosphènes, mais insuffisante pour causer de la douleur. Il est évident que nous aurions obtenu des résultats encore plus précis si nous avions utilisé l'oculo-compresseur de Roubinovitch ou celui de Barré et Crusem. Avant chaque examen nous avons recommandé aux malades de continuer à respirer normalement. Ces diverses précautions sont indispensables car nous avons pu nous convaincre que la moindre douleur ou une modification quelconque dans le rythme respiratoire entraîne des variations du pouls qui masquent complètement celles déterminées par la compression oculaire.

En étudiant ainsi le réflexe oculo-cardiaque, nous n'avons pas trouvé des diminutions du nombre des pulsations à la minute aussi considérables que celles qui sont signalées dans les travaux que nous avons cités plus haut. C'est ainsi que les plus fortes bradycardies ont été représentées par une diminution de 12 à 16 pulsations à la minute.

Nos examens ont porté sur les épileptiques qui se sont présentés à la consultation du Dispensaire de Prophylaxie mentale et sur les épileptiques en traitement à la Maison Nationale de Charenton. Nous n'avons pas tenu compte des cas d'épilepsie symptomatique.

Nous avons étudié le réflexe oculo-cardiaque en dehors des crises convulsives, ses modifications sous l'influence du gardénal, de la pilocarpine et de l'adrénaline, ses modifications sous l'influence des crises.

Pour établir des points de comparaison, nous avons recherché ce réflexe chez 52 personnes normales (médecins, infirmiers, etc.) en suivant la même technique.

I. — RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE EN DEHORS DES CRISES

Chez 43 sujets, examinés entre 15 heures et 17 heures, le réflexe a été positif 20 fois, nul 10 fois, inversé 13 fois. Il a donc été positif dans 46,5 0/0 des cas, nul ou inversé dans 53,5 0/0. Une bradycardie forte (diminution de 12 à 16 pulsations) a été notée 6 fois, une bradycardie moyenne (diminution de 6 à 10 pulsations) dans 6 cas, une bradycardie faible dans 8 cas.

Sur ces 43 malades, sept ne suivaient aucun traitement. Le réflexe fut trouvé positif 4 fois, nul 2 fois, inversé 1 fois ; soit positif dans 57,1 0/0 des cas, nul ou inversé dans 42,8 0/0.

Chez les 36 autres épileptiques soumis au traitement par le gardénal, le réflexe a été positif 16 fois, nul 8 fois, inversé 12 fois ; soit positif dans 44,4 0/0 des cas, nul ou inversé dans 55,6 0/0.

Nous n'avons pas observé de différences notables entre les résultats concernant les réflexes des épileptiques hommes et ceux des épileptiques femmes.

Nous pouvons conclure de ces chiffres que le réflexe oculo-cardiaque chez les épileptiques en dehors des périodes de crises est d'une façon générale positif dans la moitié des cas, nul ou inversé dans l'autre moitié. Il semble toutefois que ce réflexe est moins fréquent chez les sujets qui sont soumis au traitement au gardénal que chez ceux qui ne suivent aucun traitement.

Dans les résultats que nous venons d'exposer nous n'avons tenu compte que des variations du rythme cardiaque pendant les premières quinze secondes de la compression oculaire. Si maintenant nous étudions les modifications du rythme du pouls pendant la deuxième période de 15 secondes correspondant à la

compression oculaire, nous trouvons que sur les 20 cas de réflexe positif, la bradycardie a persisté 9 fois. On peut donc dire que dans la moitié des cas positifs le réflexe oculo-cardiaque ne se manifeste que pendant les quinze premières secondes de la compression, que dans l'autre moitié des cas la bradycardie continue à se manifester pendant la deuxième période de quinze secondes. Une seule fois sur vingt cas, la bradycardie a été plus accusée pendant la deuxième période de quinze secondes que dans la première. Il est rare également de noter la bradycardie dans cette période si, dans la première période de la compression, le réflexe oculo-cardiaque a été nul ou inversé. Cette modalité n'a été observée que dans un cas.

Ajoutons enfin que sur nos 43 sujets nous avons trouvé que, immédiatement après la cessation de la compression oculaire, le nombre des pulsations par rapport à leur nombre avant la compression a été le même dans 19 cas, moindre dans trois cas, augmenté dans 21 cas. Nous avons donc observé dans 48,8 0/0 des cas la tachycardie résiduelle décrite par Roubinovitch et Chavany.

Si nous comparons ces divers résultats à ceux que nous avons notés chez les sujets normaux, nous trouvons que dans les deux groupes le réflexe oculo-cardiaque présente peu de différence comme fréquence et comme intensité.

En effet, sur les 52 réflexes oculo-cardiaques pris chez les personnes normales, nous les avons trouvés 26 fois positifs et 26 fois nuls ou inversés. Dans les 26 cas positifs, la bradycardie a persisté 17 fois dans la deuxième période de 15 secondes correspondant à la compression oculaire. Sept fois, le ralentissement du poulx a eu lieu pendant la deuxième période correspondant à la compression oculaire alors que nous n'avions constaté aucune modification pendant la première période. Enfin la tachycardie résiduelle a été observée chez 23 sujets sur 52.

Dans le tableau ci-dessous, nous comparons les pourcentages correspondant à chacune de ces particularités chez normaux et épileptiques.

	Normaux	Epileptiques
Réflexes oculo-cardiaques positifs.....	50 0/0	46,5 0/0.
Réflexes oculo-cardiaques nuls ou inversés.	50 0/0	53,5 0/0.
Réflexes restant positifs pendant la 1 ^{re} et la 2 ^e période de la compression oculaire....	32,8 0/0	20,9 0/0.
Bradycardie n'apparaissant que quinze se- condes après le début de la compression oculaire	13,5 0/0	2,3 0/0.
Tachycardie résiduelle	44,2 0/0	58,8 0/0.

D'après ces chiffres le réflexe oculo-cardiaque apparaît plutôt comme moins fréquent chez les épileptiques que chez les sujets normaux. Pendant la compression oculaire, il reste positif moins longtemps chez les épileptiques que chez les sujets normaux. Enfin la tachycardie résiduelle est plus fréquente chez les épileptiques que chez les normaux.

Pour compléter ces résultats, nous avons entrepris les mêmes recherches en série chez sept épileptiques en prenant leur réflexe oculo-cardiaque tous les jours entre 10 et 11 heures, pendant des périodes qui ont varié de 6 jours à 28 jours suivant la bonne disposition des malades qui finissent souvent par ne plus accepter la compression oculaire.

Nous résumons dans le tableau suivant les diverses modalités du réflexe ; les malades étaient soumis au traitement par le gardénal.

	Nombre de jours	Réflexe oculo-cardiaque		
		positif	nul	inversé
M. Lef.....	5	5	»	»
M. Brel.....	6	2	2	2
M. Bar.....	6	4	2	»
M. Mar.....	5	3	2	»
Mme Lep.....	29	21	2	6
Mme B.....	8	7	»	1
Mme Th.....	38	29	4	5
	—	—	—	—
Totaux.	97	71	12	14

Ainsi, chez un seul malade suivi pendant cinq jours, le réflexe oculo-cardiaque a été toujours positif. Chez un autre examiné six jours consécutifs, il a été tantôt positif, tantôt nul, tantôt inversé. Chez les autres su-

jets, il a été plus souvent positif que nul et inversé. Nous avons constaté les mêmes variations journalières chez des sujets non épileptiques, faits déjà notés par Maillard et Codet (1), Barré et Crusem (2).

Nous avons recherché chez deux de nos malades quelle était l'influence du traitement au gardénal sur le réflexe d'Aschner. Nous les avons soumis au traitement pendant certaines périodes alternant avec des périodes sans traitement. Nous avons pris le réflexe oculo-cardiaque chaque jour à la même heure (10 h.) pendant chacune de ces périodes.

Pendant le traitement

	Nombre de jours	Réflexe oculo-cardiaque			Tachycardie résiduelle
		positif	nul	inversé	
Mme B.....	8	7	»	1	6
Mme Th	38	29	4	5	28
	—	—	—	—	—
Totaux.....	46	36	4	6	34

Sans traitement

	Nombre de jours	Réflexe oculo-cardiaque			Tachycardie résiduelle
		positif	nul	inversé	
Mme B.....	19	13	3	3	6
Mme Th	16	12	4	»	11
	—	—	—	—	—
Totaux.....	35	25	7	3	17

Si on compare entre eux ces divers chiffres, on trouve que le réflexe oculo-cardiaque a été pendant le traitement positif dans 73,3 0/0 des examens, nul ou inversé dans 21,7 0/0.

Pendant les périodes de suspension du gardénal, il a été positif dans 71,4 0/0 des cas, nul ou inversé dans 28,6 0/0.

La tachycardie résiduelle a été plus fréquemment observée pendant les périodes de traitement (73,9 0/0)

(1) Loc. cit.

(2) BARRÉ et CRUSEM. — Remarques critiques sur le réflexe oculo-cardiaque. *Cong. des Méd. alién. et neur., Strasbourg, 1-7 août 1920, p. 108.*

que pendant les périodes de suppression du gardénal (48,5 0/0).

Pour établir enfin les modifications du réflexe oculo-cardiaque sous l'influence d'un excitant du vague d'une part, d'un excitant du sympathique d'autre part, nous avons soumis une de nos épileptiques particulièrement docile aux épreuves de la pilocarpine et de l'adrénaline.

Notre malade a reçu en injections sous-cutanées tous les matins à 8 heures pendant une période de 13 jours 0,01 centigr. de sulfate de pilocarpine pendant les 4 premiers jours et 0,02 centigr. pendant les 9 autres jours. Le même sujet a reçu un mois plus tard pendant une période de 7 jours 1 milligr. d'adrénaline pendant les trois premiers jours et 2 milligr. pendant les 4 autres jours.

Epreuve de la pilocarpine (13 jours)

Le réflexe a été trouvé :

Immédiatement avant l'injection, 12 fois positif, 1 fois nul.

30 minutes après l'injection, 10 fois positif et 3 fois nul.

2 heures après l'injection, 12 fois positif et 1 fois nul.

La pilocarpine a donc eu 2 fois pour effet de rendre nul, 30 minutes après l'injection, le réflexe qui était positif avant l'injection. Six fois, elle a manifestement augmenté l'intensité du réflexe une demi-heure après l'injection, au moment où les phénomènes réactionnels (salivation, larmolement, sueur, etc...) présentaient leur maximum d'intensité. Dans un cas, elle a rendu fortement positif le réflexe qui était nul avant l'injection. Deux heures après l'injection, nous n'avons plus constaté de modification du réflexe.

Epreuve de l'adrénaline (7 jours)

Le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé :

Avant l'injection, 6 fois positif et 1 fois nul.

5 minutes après l'injection, 7 fois positif.

30 minutes après l'injection, 5 fois positif, 2 fois nul ou inversé.

2 heures après l'injection, 4 fois positif, 2 fois nul ou inversé.

L'adrénaline a donc eu, 5 minutes après l'injection, une influence manifeste sur le réflexe oculo-cardiaque. Non seulement le réflexe a été toujours positif, mais il est devenu plus intense puisque la bradycardie déterminée par la compression a été plus accusée. Cette réaction vagotonique a été fugace. La réaction sympathicotonique s'est manifestée ensuite mais peu nette, puisque 4 fois sur 7 le réflexe est resté légèrement positif 2 heures après l'injection.

II. — RÉFLEXE OCULO-CARDIAQUE AVANT ET APRÈS LES CRISES

Il est rare de pouvoir prendre le réflexe oculo-cardiaque avant et après la même crise convulsive. Au cours de nos recherches cette éventualité ne s'est présentée que 2 fois. Chez une troisième malade, nous avons noté le réflexe 10 minutes avant une crise. Voici les chiffres que nous avons trouvés :

	Avant la compression	Réflexe oculo-cardiaque		Après la compression
		1 ^{re} période de 15"	2 ^e période de 15"	
Mme Pl. 5 minutes avant la crise	72	68	64	80 positif (— 8).
10 minutes après après la crise.....	92	92	92	102 nul.
M. Lef. 5 minutes avant la crise	66	56	60	62 positif (—10).
5 minutes après la crise.....	74	70	74	78 positif (— 4).
Mme B. 10 minutes avant une crise..	96	76	92	98 positif (—20).

Il est difficile de tirer des conclusions d'observations aussi peu nombreuses. Avant les crises, le réflexe était positif dans les 3 cas, avec une bradycardie forte dans un cas. Après la crise, il est devenu nul dans un cas et

est resté positif dans l'autre cas avec toutefois une bradycardie moins forte.

Nous avons cherché également à préciser cette influence des crises en prenant le réflexe oculo-cardiaque aussitôt que possible après des crises isolées. Nous donnons ci-dessous les chiffres que nous avons notés :

	Avant	Compression oculaire		Après
		1 ^{re} période de 15"	2 ^e période de 15"	
1 minute après une crise légère.....	60	52	52	64 positif (— 8).
10 minutes après une crise légère.....	64	64	64	64 nul.
10 minutes après une crise	100	96	96	98 positif (— 4).
30 minutes après une crise	102	96	96	104 positif (— 6).
1 heure après une crise	80	72	72	76 positif (— 8).

Enfin, chez une malade, le réflexe a été pris 1 heure après un accès et une nouvelle crise est survenue 30 minutes après. Nous l'avons trouvé positif (— 12).

*
**

Ainsi, pour nous résumer, chez 43 sujets examinés en dehors des périodes de crises, nous avons trouvé le réflexe positif dans 46,5 0/0 des cas, nul ou inversé dans 53,5 0/0. Chez les sujets soumis au traitement par le gardénal, il a été moins souvent positif (44,4 0/0) que chez les sujets qui ne suivaient aucun traitement (57,1 0/0).

Dans la moitié des cas positifs, le réflexe n'a eu lieu que pendant les premières 15 secondes de la compression oculaire ; dans l'autre moitié, il a continué à se manifester pendant toute la durée de la compression oculaire (30 secondes). Très rarement la bradycardie n'apparut que 15 secondes après la compression.

La tachycardie résiduelle de Roubinovitch et Chavany a été notée dans 48,8 0/0 des cas.

Si nous comparons ces résultats à ceux que nous avons notés chez les individus normaux, nous trouvons que le réflexe oculo-cardiaque serait plutôt moins fréquent et moins intense chez les épileptiques.

L'étude de ce réflexe pris chaque jour chez 7 épileptiques pendant diverses périodes montre qu'il est rare de le rencontrer constamment positif chez le même malade. Comme chez les sujets normaux, d'ailleurs, le type du réflexe varie d'un jour à l'autre.

Chez deux malades examinés pendant des périodes alternatives de traitement et de suppression du traitement, le réflexe a été un peu plus souvent positif (78,3 0/0) pendant les premières que pendant les secondes (71,4 0/0). La tachycardie résiduelle a été notée plus souvent pendant les périodes de traitement.

Les épreuves de la pilocarpine et de l'adrénaline ont donné les résultats suivants :

L'injection de pilocarpine a produit un effet variable ; elle a 7 fois augmenté nettement l'intensité du réflexe oculo-cardiaque une demi-heure après l'injection. Deux fois, elle a rendu nul le réflexe qui était positif avant l'injection.

L'adrénaline a eu pour effet d'augmenter nettement le réflexe oculo-cardiaque 5 minutes après l'injection (réaction vagotonique fugace). Ensuite, son action a été variable suivant les jours, se manifestant plutôt par la diminution ou l'inversion du réflexe.

Observé 2 fois avant une crise convulsive, le réflexe a été positif dans les deux cas avec une bradycardie moyenne. Après la crise, il est devenu nul dans un cas et est resté positif dans l'autre. Noté 5 fois après des crises, le réflexe a été positif 4 fois et nul une fois.

De nos recherches, il ressort que le réflexe oculo-cardiaque ne présente pas chez les épileptiques de modifications spéciales nettement accusées et qu'on ne peut, en se basant uniquement sur ce réflexe, admettre chez ces malades un état vagotonique accusé, soit en dehors des périodes d'accès, soit à l'approche des crises.

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je regrette de ne pas avoir entendu le début de la communication si pleine de faits de M. Marchand. Je me permettrai cependant trois remarques relatives au R. O.-C. dans les intervalles interparoxystiques, dans les périodes paroxystiques et dans ses relations avec le gardénal, l'adrénaline et la pilocarpine.

Je ne suis pas étonné que M. Marchand ait trouvé chez des épileptiques, en dehors des périodes de crises, toutes les modalités du R. O.-C. En effet, l'épilepsie n'est qu'un symptôme lié à des lésions variées de nature différente ; il eût donc été extraordinaire que les épileptiques eussent tous et toujours le même degré d'excitabilité sympathico-vagale extériorisé par le même mode de R. O.-C. Je suis un peu moins de l'avis de M. Marchand quand il nie, si je l'ai bien compris, toute valeur sémiologique du R. O.-C. relativement à la crise comitiale. Certes, chez plusieurs épileptiques, il a trouvé 5' avant la crise un R. O.-C. plus faible qu'il était habituellement chez les mêmes sujets. Ceci ne concorde pas avec la théorie de l'hyperexcitabilité vagale nécessaire à la crise, mais il faut faire remarquer que des facteurs multiples agissent sur le R. O.-C., que le R. O.-C. lui-même n'est qu'un élément clinique d'appréciation de cette hyperexcitabilité vagale et qu'enfin rien ne prouve que cette hyperexcitabilité soit pure ; au contraire, beaucoup de faits font penser qu'elle est surtout une prédominance vagale d'une hyperexcitabilité vago-sympathique plus ou moins diffuse. Reste une constatation que M. Marchand ne peut nier, car elle ressort des chiffres qu'il a inscrits : toutes choses égales d'ailleurs, chez le même sujet, après la crise le R. O.-C. est moindre qu'avant, comme si la crise convulsive soustrayait au R. O.-C. une part de sa réactivité vagale. Et ceci est bien conforme à la théorie.

Reste le 3^e point : les relations du R. O.-C. avec le gardénal, l'adrénaline et la pilocarpine. Les résultats très variables obtenus par M. Marchand et qui ne ré-

pondent pas à la dichotomie schématique d'Eppinger et Hess ne font que confirmer les critiques que j'en faisais déjà en 1914 avec Mlle Romme, quand je préparais mon rapport du Congrès de Berne (1) et qui concordent avec celles de multiples auteurs, dont on trouvera la liste dans ma *Pathologie du Sympathique* (2), actuellement sous presse.

Quelques pratiques de rééducation des anormaux à l'âge scolaire

Par Mlle Jadwiga ABRAMSON

Je ne donne pas de définition d'enfant anormal et je le fais exprès. Dans le désarroi qui règne dans le problème des anomalies infantiles, il ne peut pas être question de définition. J'entends donc par anormal tout enfant qui ne sait pas s'adapter au petit monde qui l'entoure — école, maison, camarades — qu'il soit un arriéré, un instable, un irrégulier ou un pervers, comme on désigne comme malade toute personne qui souffre de l'estomac, des reins ou du foie.

La France, qui a été la première à introduire la rééducation spéciale, ne s'occupe pas beaucoup à présent de ces enfants. S'ils ne sont pas trop bruyants, s'ils ne mettent pas trop de troubles dans la classe — et ils peuvent en semer beaucoup sans que l'instituteur le sache et des plus dangereux pour certains enfants particulièrement suggestibles —, ils y restent pendant les années de scolarité obligatoire et s'en vont faire face aux difficultés de la vie à un moment où les enfants normaux, c'est-à-dire ceux qui sont plus adaptés à la vie sociale, ne savent pas le faire. C'est alors que souvent ils ont à faire aux tribunaux et aux maisons correctionnelles ou, si ce sont des filles, elles suivent les voies qui leur sont prédestinées.

(1) LAIGNEL-LAVASTINE. — Secrét. int. et syst. nerv. R. de méd., août 1914 - décembre 1915.

(2) LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathol. du Sympathique*, Alcan, 1923.

Je voudrais donner quelques notions sur ce qu'on fait pour ces enfants dans d'autres pays que j'ai visités et aussi ce qu'on ne fait pas et ce qu'il faudrait faire pour arriver à quelque résultat valable. J'ai visité quelques institutions allemandes qui présentent un certain intérêt et une institution polonaise, la plus intéressante de toutes.

D'abord *Wittenau*. C'est un asile d'aliénés près de Berlin. Il y avait là une section-asile pour des idiots, qu'on a transformée en une institution pour enfants arriérés éducatibles. On y hospitalise des enfants abandonnés, dont les parents ne s'occupent pas et qui sont en même temps des arriérés ou des irréguliers de toutes les espèces. L'institution est dirigée par l'inspecteur Pieper qui est son directeur pédagogique, un homme remarquable et d'une rare compétence. Les soins médicaux viennent de l'asile. Il y a 172 enfants : 120 garçons et 52 filles. Les enfants y restent de 8 à 16 ans. Mais on ne les abandonne pas à ce moment-là, on les confie aux personnes dignes de confiance et on les place selon leurs aptitudes :

Les garçons : a) chez des patrons pour leur apprendre un métier, s'ils le peuvent ;

b) à la campagne ceux qui ne savent pas apprendre un métier.

Les filles retournent chez leurs parents. Mais l'institution conseille plutôt de les laisser à sa charge. On les confie aux familles honnêtes où elles font le ménage, la petite besogne et la police paie une partie de leur entretien.

Pieper en fait lui-même l'inspection deux fois par an *sans prévenir*.

A l'institution il y a une infirmière pour 10 à 12 enfants. Une fois par an, il y a une représentation théâtrale à laquelle les enfants se préparent pendant toute l'année en y consacrant 1 à 2 heures par semaine. L'influence éducative de ces efforts collectifs vers un but lointain et de nature sociale n'est pas à dédaigner.

Il y a une école à 3 degrés :

inférieur : 8 heures de leçons par semaine.

moyen : 10 à 12 heures.

supérieur : 28 à 30 heures.

Il y avait leçon de religion dans toutes les classes en même temps. Cette organisation s'introduit petit à petit dans l'enseignement spécial, même si l'on ne s'en sert pas. Mais si l'on savait s'en servir, elle pourrait faire une révolution dans nos méthodes d'enseignement spécial, normal même, et des plus salutaires. Ce serait une véritable « école sur mesure ».

On fait faire aux enfants des exercices des sens analogues aux exercices pratiqués par Decroly et qu'on y appelle « exercices d'activité » (*Tätigkeitsübungen*). On y fait surtout beaucoup d'exercices d'articulation qui fait si souvent défaut chez les anormaux, exercices qui sont la spécialité de Pieper. Les leçons ne durent que 25 minutes avec 10 minutes de récréation.

Il y a là un musée qui est une histoire vivante de l'institution, de ses tâtonnements et un témoignage de l'activité admirable de son inspecteur. Cette collection ferait l'envie des établissements pour enfants normaux.

Wuhlgarten — asile pour épileptiques — une autre institution géante pour 800 malades qui contient 24 pavillons, beaucoup de terrain et plusieurs ateliers, de sorte que l'institution pourvoit en grande partie à ses besoins.

L'asile contient un pavillon pour 100 enfants épileptiques dont 54 d'âge scolaire et apprenant. Il y a là les cas les plus graves. Ces enfants apprenant sont répartis en 6 classes et 3 degrés. L'enseignement est peu différencié, étant donné qu'il y a dans ces trois classes tous les degrés possibles de développement chez les épileptiques, depuis l'idiot qui sait à peine parler, jusqu'aux très doués, au-dessus de la normale, comme cela arrive parfois aux épileptiques.

Les classes sont organisées de façon qu'il y a à côté une petite chambre avec sommier, où l'on met les enfants ayant un accès pendant la classe. L'institutrice a une sonnette sur sa table, l'infirmière emmène l'enfant et la leçon continue. L'institutrice, grâce à son expérience, prévoit quelquefois l'accès et fait emmener l'enfant. On le ramène dès que cela est possible.

Krüppelheim, asile d'Oscar et d'Hélène. C'est une maison de traitement physique et mental et d'éduca-

tion pour enfants infirmes. But de l'établissement : par un traitement et une éducation appropriée leur apprendre un métier tel qu'il puisse leur donner la plus grande indépendance possible dans la vie. L'institution a commencé par héberger 8 enfants en 1906 et en 1914, juste avant la guerre, elle a érigé dans une forêt immense des bâtiments répondant aux exigences modernes de l'assistance dans le sens le plus large du mot et renferme des centaines de malheureux avec l'intention de les rendre moins malheureux. Elle a été la première à mettre à la tête de l'institution un médecin et à reconnaître que les infirmes sont des malades à soigner. Plus encore, grâce à la collaboration du directeur pédagogique Würtz, on les y considère comme des malades au point de vue psychique aussi, c'est-à-dire demandant une éducation spéciale. 100 enfants apprennent à l'école. Ils y viennent seuls ou on les amène avec leurs lits, si c'est possible ; il y a un escalier spécial pour ceux qui ne peuvent pas monter ni descendre un escalier ordinaire. Le reste apprend individuellement près de leurs lits.

L'école comprend 3 espèces de classes :

- a) normales, pour les enfants normalement doués.
- b) classes préparatoires.
- c) classes spéciales, pour les cas où l'état mental a subi les répercussions de la maladie.

Il y a des programmes spéciaux pour ces 3 sortes de classes. Les normaux passent leur certificat d'études. Pour les autres, ils ont des programmes soigneusement élaborés et qui prétendent être adaptés aux besoins des enfants. Les arriérés apprennent à l'aide des jeux éducatifs très spirituels dans le genre de ceux employés par Decroly. La classe préparatoire (Vorklasse) pour des enfants qui n'ont rien appris encore et d'âge divers, puisque ce sont des malades qui n'ont pas pu suivre une école régulièrement, cette classe est faite par un artiste qui ne leur apprend pas à lire, à écrire et à calculer, mais qui tâche de développer leur imagination par des contes qui sont dessinés, peints et sculptés. On leur donne tout le matériel et on les laisse faire, les murs mêmes sont préparés à donner un cours libre

à leur imagination. L'instituteur qui manie les enfants avec grand amour a trouvé toutes les directions de l'art contemporain dans ces petites âmes.

Le développement de l'imagination est une idée directrice de l'éducation dans cet établissement. Le directeur Würtz trouve qu'il faut donner à ces enfants, condamnés à une vie sédentaire et renfermée, des ressources intérieures de quoi alimenter leur existence et qu'on peut l'atteindre en développant leur vie intérieure, notamment leur imagination.

Le temps entre 11 h. et 1/2 et midi est consacré tous les jours aux exercices de développement de l'habileté des mains. Le médecin envoie les enfants qui en ont besoin et il se fait sous la surveillance des médecins. Würtz avec la collaboration des ingénieurs et musiciens a fait construire, dans les ateliers mêmes de l'établissement, plusieurs appareils pour ces exercices. Ils sont adaptés aux intérêts des enfants, par exemple, ceux qui s'intéressent aux nombres ont un appareil de calcul qu'il faut manier avec les mains et qui sonne quand l'opération est bien faite; les amateurs de musique font jouer des mélodies s'ils manient l'appareil d'une certaine façon et en exerçant ainsi leurs mains, il y a même une mitrailleuse comme il convient aux enfants de la guerre.

Ils passent là aussi leur apprentissage, sous la direction d'un inspecteur spécial. Les ateliers sont très bien organisés et adaptés aux infirmités des enfants. Ils y apprennent l'orthopédie-mécanique, le métier de bandagiste, la menuiserie, la cordonnerie, le métier de tailleur pour hommes, la reliure, la vannerie et la serrurerie. On leur apprend aussi la comptabilité et le jardinage. Les filles font de la lingerie, la couture, le tricotage, la broderie, le travail au fuseau et les travaux des batiques. Les élèves se présentent aux épreuves d'apprentis avec les normaux. Il paraît qu'ils ne les passent pas moins bien, malgré leurs infirmités et tous ont été placés jusqu'à présent. On apprend aussi à ceux qui ont des aptitudes spéciales le dessin artistique, l'art décoratif, l'horlogerie et la technique des dents. Chaque atelier a son contremaître.

On voit ici un essai d'une éducation et d'une rééducation intégrale. On reçoit des enfants infirmes et malheureux et on les livre à la société sachant gagner leur vie et ayant l'âme affermie, c'est-à-dire préparés à faire face aux hostilités du milieu.

Ces établissements avaient deux points de départ. L'école obligatoire n'y est pas une fiction. Et comme, d'autre part, on n'y admet pas avec la même indifférence qu'un enfant reste plusieurs années sans profiter de l'enseignement, on est forcé de chercher pour eux des régimes scolaires appropriés, c'est-à-dire, non pas adapter l'enfant à l'école, comme on le fait avec les enfants normaux sans trop de danger, on tend, au contraire, à adapter l'école à l'enfant. Ces institutions ont fait un pas vers « l'école sur mesure », selon la belle expression de Claparède. Mais elles sont restées à mi-chemin, car elles se représentent les anomalies infantiles beaucoup moins compliquées qu'elles ne le sont. Ainsi on essaie de développer une certaine fonction qu'on considère comme la plus importante chez tous les enfants, sans tenir compte des différences individuelles, la mémoire, les sens ou l'imagination. Ces exercices, s'ils sont faits avec tous les enfants, ne vont pas sans un certain automatisme, c'est-à-dire ils deviennent un dressage, et c'est ce qui fait le plus grand tort aux enfants.

L'établissement à Varsovie a fait un pas de plus. Il n'est pas aussi grandiose que ceux que j'ai vus en Allemagne, mais il n'en est pas moins intéressant. Il porte un caractère plus intime car il n'enferme qu'une soixantaine d'enfants. Il est dirigé par Mme Woelfle et tout ce que l'institution a obtenu elle le doit à sa directrice. En dehors de quelques pratiques introduites de l'Allemagne, comme par exemple le samedi consacré au nettoyage général fait par les enfants, une boutique qui imite en tous points une boutique véritable pour leur apprendre à faire des commissions, l'organisation de l'éducation proprement dite est un effort personnel de Mme Woelfle. Elle a inventé un alphabet très ingénieux et une machine pour faire apprendre le calcul.

Mais ce qu'il y a de plus intéressant, c'est l'orga-

nisation même de l'enseignement. L'école comprend deux étages : l'étage supérieur — école pour les débutants — se compose de trois chambres contiguës. On mène les moins avancés dans une petite pièce où il y a cet alphabet amusant et on commence par les plus faibles. On leur apprend une ou deux lettres, une ou deux syllabes et on les fait partir dans la pièce voisine pour d'autres exercices. Les plus avancés restent jusqu'à ce qu'ils aient tous fait leur leçon de lecture. Dans la classe voisine, un groupe fait de l'écriture, un autre des exercices de droite et de gauche, etc. A l'étage inférieur, il y a les plus avancés pour l'enseignement par l'aspect, l'histoire, etc.

Le principe de tout cet enseignement est de ne rien apprendre automatiquement ; on ne leur fait faire que l'exercice pour lequel ils sont déjà préparés et sans aller au delà de leur évolution naturelle.

Un fait m'a montré les torts de l'enseignement automatique. La directrice, préoccupée à faire la leçon de calcul devant moi, a fait, selon sa méthode, compter à un enfant 3 et 4 objets. L'enfant répétait toujours 5 et il n'y avait pas moyen de lui faire voir qu'il n'y avait pas tant d'objets. Alors seulement la directrice s'était aperçue qu'elle avait oublié de le faire sortir pendant qu'elle faisait avec d'autres des exercices auxquels il n'était pas encore préparé et ce chiffre s'était gravé dans sa mémoire automatique.

Nous voyons donc dans cet établissement le premier et le seul essai de lutter contre cet automatisme qui est l'ennemi le plus grand de l'enfant arriéré.

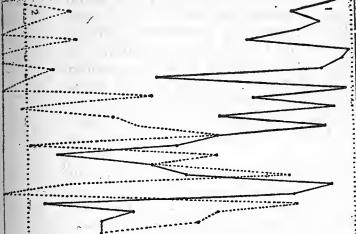
Chacun de ces établissements vante ses résultats : c'est qu'il ne voit que les cas qui réussissent et qui réussissent parce que leur méthode est appropriée à ces cas et il fait les cas de non-réussite. Une institution qui ne ferait tort à aucun enfant devrait se servir de toutes ces méthodes appropriées aux besoins de l'enfant et les compléter par d'autres, répondant à d'autres besoins. Car le tort c'est de ne pas connaître les enfants ni leurs défauts, de ne voir qu'un nombre restreint de déficiences sur lesquelles elles agissent. Le premier devoir de l'éducation spéciale est de connaître l'enfant

non seulement par l'intuition ou par le niveau général, mais d'y pénétrer plus à fond avec les méthodes exactes de la psychologie expérimentale. Je me suis convaincue de ce que ces observations méthodiques peuvent donner en les pratiquant moi-même. Elles m'ont permis de tracer des profils psychologiques que j'ai publiés dans l'*Année Psychologique* (XXII^e Année) et dans l'*Encéphale* (février 1923). Je n'en rapporterai que deux pour montrer où il faut aller dans l'éducation spéciale si l'on veut améliorer les enfants perfectibles.

1) Voici le profil d'un enfant de 13 ans et demi (profil 1 ligne ponctuée) qu'on pourrait appeler un arriéré simple. On voit qu'il ne sait pas abstraire, que son sens critique n'est pas développé, c'est-à-dire qu'il ne sait pas juger les faits. Son imagination et son observation sont pauvres. L'attention sensorielle n'est pas mauvaise, on y aperçoit beaucoup de volonté de bien faire. Il ne sait pas la dédoubler, car il faut une certaine souplesse d'adaptation à laquelle il n'est pas capable. Par contre, sa mémoire automatique, c'est-à-dire la faculté d'enregistrer les impressions simples, est excellente. Et, fait bizarre, c'est cette faculté qu'on développe le plus dans l'enseignement spécial quand il faudrait appuyer surtout sur les fonctions qui leur font défaut, dans le cas présent la fonction d'abstraire, le jugement, l'imagination.

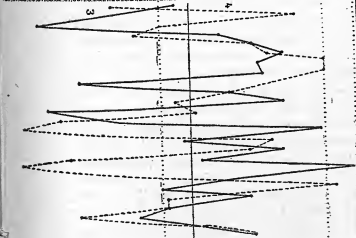
2) Le deuxième profil (profil 2 ligne ponctuée) est un cas plus complexe. C'est un enfant de 12 ans et demi doué d'une imagination verbale, et surtout d'une mémoire verbale très grandes, comme le montre le graphique. Cette aptitude a trompé tout le monde sur son intelligence. Il a été brillant dans les classes élémentaires où il a charmé grâce à son élocution facile ; ensuite il s'est arrêté et finalement on a dû le retirer du lycée auquel il était de moins en moins adapté. L'enseignement dans les lycées où l'on développe surtout le verbalisme est très dangereux pour ces enfants-là. Si les normaux en sortent sains et saufs, c'est qu'ils savent mieux réagir contre le danger, comme un organisme bien armé saura braver les épidémies. Il n'en est pas de même avec les faibles, les défi-

38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1



a Différences id ² anal ⁵	1 Abstraction
b Définitions	
a Critique des images	2 Sens critique
b Faits divers	
a Formation des phrases	
b Association	3 Invention
c Complétion texte,	
d Récit	
c Imagination	
a Interprétation gravures	4 Observation
b Appréhension	
c Dessins incomplets	
a Proverbes	5 Compréhension
b Problèmes difficiles	
Figures géométriques	6 Reconnaissance
a Phrases	7 Mém. immédiate
b Chiffres	
a Temps	
b Erreurs	8 Attention
c Cercles	
d Attention dédoublée	
a Vis motrice	9 Imagérie
b Visuelle	
c Auditive	
d Vis-aud-motrice	

38 37 36 35 34 33 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1



a Différences id ² anal ⁵	1 Abstraction
b Définitions	
a Critique des images	2 Sens critique
b Faits divers	
a Formation des phrases	
b Association	3 Invention
c Complétion texte,	
d Récit	
c Imagination	
a Interprétation gravures	4 Observation
b Appréhension	
c Dessins incomplets	
a Proverbes	5 Compréhension
b Problèmes difficiles	
Figures géométriques	6 Reconnaissance
a Phrases	7 Mém. immédiate
b Chiffres	
a Temps	
b Erreurs	8 Attention
c Cercles	
d Attention dédoublée	
a Vis motrice	9 Imagérie
b Visuelle	
c Auditive	
d Vis-aud-motrice	

cients. Et si les institutions d'éducation spéciale commettent la même erreur en dressant leur automatisme au lieu de développer les fonctions supérieures qui leur font défaut — et on y est d'autant plus enclin qu'on trouve ici une ligne de moindre résistance — le danger est beaucoup plus imminent. On réussira en exerçant les sens, la mémoire et l'association automatiques à dresser leur automatisme, mais on ne leur apprendra pas par cela à réagir à la vie réelle où rien ne se répète exactement et qui demande par cela même une souplesse très grande d'adaptation. On ne l'obtiendra pas en faisant répéter indéfiniment les mêmes exercices.

Il s'ensuit de ce que je viens de dire que l'éducation et la rééducation spéciales doivent être basées sur deux principes, l'un négatif — lutte contre l'automatisme —, l'autre positif — une connaissance plus approfondie de l'enfant, de ses défauts, de ses déficiences.

Une organisation toute différente des institutions d'éducation spéciale en sera la conséquence. Une collaboration intime du médecin, du psychologue et du pédagogue sera de nécessité ; un système de classes mobiles — une condition indispensable. Et le rôle qui incombera au directeur d'un tel établissement ne se bornera pas à celui d'un simple surveillant. C'est lui qui devra le premier faire preuve d'une grande souplesse d'adaptation et organiser différemment l'éducation, selon le matériel d'enfants à former.

Tous ces changements ne sont pas aussi bouleversants qu'ils en ont l'air. Ils sont ébauchés et épars dans plusieurs établissements existants qui en ont senti la nécessité. Le système de classes mobiles est déjà introduit en Allemagne. Quant aux exercices qui tendent à développer les fonctions en défaut, on en trouvera une richesse dans la méthode de Decroly, de Mme Montessori, en Suisse, chez les Allemands et aussi chez les Américains qui y travaillent beaucoup les dernières années.

Le rôle du directeur sera d'en faire un triage en le complétant, et de les appliquer aux groupes mobiles d'enfants selon leurs besoins. Et ce sera une « école

sur mesure » dans le sens le plus propre du mot, qui siéra beaucoup plus aux enfants déficients que ne le font les écoles confectionnées de toutes pièces d'après les idées *à priori* sur les enfants.

Mlle ABRAMSON. — Je ne peux que signer tout ce qu'a dit M. Toulouse. On ne fait que développer l'automatisme chez les enfants anormaux comme chez les normaux. Je me rappelle un instituteur allemand qui disait avec fierté qu'il fait répéter les mêmes petits calculs des milliers de fois jusqu'à ce que l'élève les sache, coûte que coûte. Il ne se rend pas compte qu'il tue de cette façon le peu d'initiative que possédait encore le pauvre arriéré.

Surdité verbale pure d'origine psychique

Par MM. Henri COLIN et Gilbert ROBIN

(*Examen auriculaire par le D^r Vincent*)

En présence d'un délire actif, il peut être parfois difficile de dépister la surdité. Il est encore plus difficile de l'affirmer si le sujet la nie formellement et sous ce prétexte se refuse à l'examen auriculaire. C'est le cas de notre malade. Elle paraît atteinte de surdité verbale pure. Dans les faits de ce genre, il est intéressant de dépister l'aliénation mentale, de rechercher comment elle peut simuler l'aphasie sensorielle et comment, dans le cas qui nous intéresse, on peut réduire le syndrome surdité verbale à des troubles mentaux et à des lésions auriculaires.

Albertine F..., âgée de 41 ans, fleuriste en perles, est entrée à l'asile Ste-Anne, le 3 février 1923, le délit de vagabondage dont elle était inculpée relevant, selon l'expert, de l'aliénation mentale.

L'examen d'une telle malade est hérissé de difficultés. Nous avons procédé, dans notre investigation, par phases successives. Il nous a paru intéressant de retracer,

étape par étape, le cours de nos recherches, afin de passer en revue les causes d'erreur, les problèmes que le clinicien pourra avoir à se poser dans les cas analogues.

1° Dès son entrée, nous demandons à la malade son nom, son âge. Elle nous répond exactement. A toutes les autres questions, plusieurs fois et à très haute voix exprimées, elle fait des réponses à côté. Le langage est correct. Il est inadapté. Il existe de l'excitation psychique. L'attention est difficile à capter. La logorrhée n'est pas interrompue par les questions posées. La malade ne paraît pas se rendre compte des troubles de la compréhension du langage parlé. Sommes-nous en présence d'une sourde ? Or, elle a compris quand nous lui avons demandé son nom et son âge. Mais elle a pu percevoir par le mouvement des lèvres. En tous cas, elle ne se rend pas compte de sa surdité. En admettant que la malade soit sourde, elle comprend certaines questions par le mouvement des lèvres et l'incurie en présence de l'incompréhension du langage parlé semble tenir à une démence ou à des troubles délirants. Si, au contraire, elle entend, nous avons affaire ou à une démence profonde, ou à des troubles délirants très prononcés, ou à de la surdité verbale proprement dite, ces trois ordres de symptômes pouvant se combiner simultanément.

2° Il est rare d'avoir à sa disposition un otologiste précisément au moment de l'interrogatoire. En son absence, nous ne pouvions momentanément apprécier l'acuité auditive, attendu que la malade pouvait fort bien sembler ne rien percevoir d'un bruit même très violent, de paroles dites à très haute voix derrière un écran qui dérobait à sa vue le mouvement des lèvres, il ne s'ensuivait pas qu'elle dût forcément être sourde. Un délire hallucinatoire concentrant l'attention du sujet pouvait expliquer de tels troubles.

3° Nous avons posé les questions par écrit. Nous avons immédiatement obtenu des réponses parlées, correctement exprimées. C'est ainsi que nous avons obtenu tous nos renseignements. Nous n'avons reçu la visite d'aucun membre de sa famille, car elle est seule au

monde avec deux enfants. Le commissaire de police de son quartier nous a fait savoir qu'elle était, au moment de son arrestation pour vagabondage, sans domicile depuis 18 jours, qu'elle avait frappé ses enfants à plusieurs reprises au cours de crises d'ivresse et qu'elle injuriait les passants. La malade interrogée par écrit ne fait pas toujours attention aux questions posées. Il faut lui désigner chaque mot du doigt et l'obliger à relire plusieurs fois le texte pour lui en faire saisir le sens. Elle n'est pas exactement orientée dans le temps. Cependant elle indique l'adresse de la maison où elle travaillait. Elle a, dit-elle, deux enfants, l'un de 7, l'autre de 11 ans. Elle n'a pas été mariée. Son ancien amant habite quai Jemmapes. Du reste, deux lettres que nous reproduisons vont nous montrer une fois pour toutes qu'il n'existe pas d'affaiblissement intellectuel (mémoire, jugement, association des idées, etc...).

Paris, le 11 mars 1922.

« CHÈRE MADAME,

« Madame du Perron, je ne peux aller vous voir et même
« porter les fleurs. Je suis depuis 7 semaines fermée à
« clef sans pouvoir sortir. Je n'ai pu vous écrire et dire
« où je suis, je n'avais pas papier, pas argent et comment
« faire pour vous écrire, je n'ai pas Marius. Marius est
« à campagne jusqu'à nouvel ordre, voici où je suis, Hô-
« pital Ste-Anne. Je suis bonne santé mais je me fais
« beaucoup pour les deux enfants et je voudrais pouvoir
« sortir.

« Sitôt que je pourrai aller vous voir je viendrai, je
« pense que santé va bien pour le moment et la vente
« de votre commerce.

« Votre ouvrière qui vous embrasse bien fort tous les
« deux,

« Albertine F... »

Nous faisons remarquer en passant l'omission de mots omis qui nous paraît relever d'un défaut d'attention.

Paris, 11 mars 1923.

« MA PETITE GENEVIÈVE,

« Je t'écris ces quelques lignes pour avoir de tes nouvelles. Depuis bientôt deux mois que je n'ai pu aller te voir, je suis en ce moment à l'hôpital sans être malade, mais faute de chambre je suis obligée de rester là jusqu'à temps que l'on me donne la liberté de sortir. « Marius a resté aussi dehors, il est resté rue du Lac St-Fargeau, 38, au commissaire et j'ai reçu une lettre de lui il y a un mois. On l'a mis à la campagne jusqu'à nouvelle attente.

« Plus de nouvelles à te donner, maman est en bonne santé et toi, petite Geneviève, écris de tes nouvelles de ta santé si tu peux.

« Ta maman qui t'embrasse et t'aime,

« Albertine F... »

« Voici l'adresse de ton petit frère Marius :

« Marius F...,

« Chez Mme B...,

« à R...

« Maintenant, ma petite Geneviève, il ne faut pas aller avec personne, maman, sitôt libre, viendra te chercher.

« Voici l'adresse : Albertine F...,

« Hôpital Ste-Anne. »

Au point de vue des idées délirantes, elle raconte qu'elle était obligée d'errer avec ses enfants dans la rue. Elle entendait : « On va l'arrêter, on va l'arrêter ! » Elle ne sait pas qui parlait ainsi, car elle ne se connaît pas d'ennemis. Parfois la nuit elle entendait frapper tout doucement. Tout le monde avait la même voix quand elle habitait Passage Bradier. Elle a entendu dire « dans ses oreilles » : « Fausse-couche... Sauve-toi vite... Tu es folle ! » Elle était obligée de se cramponner dans la rue pour ne pas entendre les voix. Elle avait peur d'en avoir la tête tournée. Son fils lui-même a deux voix. Il la traitait de vache, de putain, de salope, elle ne sait pas pourquoi. Alors elle le frappait. Parfois on l'empêchait de comprendre. On la travaillait. On la faisait arriver en retard. Elle se sent encore gouvernée comme si on la tirait par la manche. Elle a en-

tendu prononcer le mot « anthropométrique » et proteste qu'on lui ait pris l'empreinte de ses doigts au service anthropométrique. Elle réclamera contre son internement. Il est injuste qu'on ne lui ait pas donné de chambre en ville. Elle réclamera à la Préfecture. Le commissaire du quartier St-Fargeau revient toujours dans sa conversation. Son secrétaire a dû se déguiser en femme. Parfois elle s'adresse à des êtres imaginaires. « Je leur jetterai des chaises à la tête, dit-elle. Je leur cracherai à la figure. Arrivera ce qui arrivera. Je vous flanquerai deux balles dans la peau. »

Il ne semble pas qu'il s'agisse d'un délire de jalousie, à propos de son ancien amant. Elle prétend qu'elle l'a quitté parce qu'il ne lui donnait pas assez d'argent. Elle assure que ses troubles ne sont pas anciens. « Auparavant, dit-elle, j'étais comme tout le monde ». Ces idées délirantes ne sont pas groupées en système. Des préoccupations matérielles reviennent sans cesse dans ses propos. Elle réclame un appartement et la garde de ses enfants. Elle n'accuse personne et se méfie de tout le monde. Elle ne veut pas écrire, elle ne veut pas se laisser prendre la tension artérielle avec l'appareil de Pachon. Elle déclare qu'elle a peur de tout, qu'elle n'est pas malade, qu'on ne devrait pas l'examiner et que si on agit ainsi, on doit y être poussé par quelqu'un. La malade paraît subir des idées d'influence auxquelles, à son avis, seraient soumis aussi les médecins.

Elle avoue assez facilement des excès éthyliques habituels : plus d'un litre de vin par jour, ce qui concorde avec les déclarations du commissaire. « Les marchands de vin, dit-elle, ne sont pas faits pour les chiens. Tant qu'on ne tombe pas par terre !... » Nous n'avons pas constaté d'onirisme.

Il existe du tremblement de la langue et des doigts. L'excitation psychique a été déjà signalée.

En somme, par l'interrogatoire écrit, nous avons pu recueillir des renseignements à la vérité très insuffisants en raison des troubles de l'attention dus au délire et aux hallucinations. Nous entrons donc par ce moyen beaucoup plus facilement en communication avec la malade que par l'interrogatoire parlé. Une déduction

s'impose, c'est que les troubles de l'attention, les troubles hallucinatoires et délirants n'expliquent pas à eux seuls, dans notre cas, l'incompréhension du langage parlé. Ils y contribuent simplement.

On pourrait objecter, cependant, que la malade, étant hallucinée de l'ouïe, ayant été internée en raison du désordre de ses actes consécutif à ces hallucinations, ait pu devenir déflante. Elle refuserait donc en quelque sorte de comprendre le langage parlé qui lui aurait joué de si méchants tours et serait plus confiante vis-à-vis des questions écrites.

Il nous a paru que la malade ne faisait pas exprès de ne pas comprendre. Au contraire, elle nous accuse de ne pas très bien parler. Non pas qu'elle nous fasse recommencer nos questions ou s'efforce de les saisir. Nous l'avons dit, elle ne se soucie pas de ne pas comprendre le sens des paroles et fait des réponses à côté. Elle prétend qu'on parle tantôt français, tantôt une autre langue que l'on comprend, dit-elle, sans comprendre, et que seules les voix dont elle se plaint parlent un langage compréhensible.

Elle ne soutient pas que ses voix l'empêchent de comprendre ce qu'on lui dit. Elle ne subit pas une surdité impérative comparable, en son mécanisme psychologique, au mutisme vésanique. Il est plus légitime d'admettre que les gens qui lui parlent aient pu, dans son idée, recevoir l'ordre d'employer un véritable charabia. Car, non seulement elle fournit des réponses à côté, mais elle affirme qu'elle n'est pas sourde, argument du reste plausible de sa part, puisqu'elle est hallucinée de l'ouïe. Cependant on finit par savoir qu'elle eut, il y a 10 ans, une otite soignée à l'hôpital Lariboisière et à l'hôpital St-Louis. Cette otite a-t-elle laissé de la surdité depuis cette époque, il est peu légitime de le penser, la malade, nous l'avons vu, prétendant qu'il y a très peu de temps « elle entendait comme tout le monde ».

5° Les troubles délirants n'expliquent pas à eux seuls l'incompréhension du langage parlé, puisqu'ils autorisent la compréhension du langage écrit. S'agit-il de surdité simple ? A un examen superficiel, malgré les

troubles de l'attention, la diminution de l'acuité auditive paraît évidente. Lorsqu'on se met un écran devant les lèvres ou lorsqu'on se place derrière la malade, il faut parler très fort pour obtenir une réponse aux questions simples : âge, nom, nombre d'enfants, etc. Quand la malade fait effort pour entendre et n'y parvient pas, son effort capte son attention et elle ne fait pas de réponses à côté. Cependant elle a toujours refusé de se laisser examiner les oreilles par un spécialiste, sous le prétexte déjà signalé qu'elle n'est pas sourde. Grâce à la complaisance du D^r Vincent, nous avons pu pratiquer plusieurs examens de l'appareil auditif.

Les deux labyrinthes sont inexcitables.

L'épreuve calorique de Barany (à l'eau froide) est négative (pas de nystagmus provoqué, pas de chute du corps, pas de mouvements des membres).

L'épreuve rotative est négative.

Les épreuves de Witer, Rommes, Lombard en raison des troubles mentaux n'ont pu être pratiquées.

Les diapasons dont les vibrations et les tons correspondent à la voix humaine sont perçus et les bruits reproduits par la malade. Le D^r Vincent affirme que l'audition est conservée. Donc, pas plus que les troubles délirants, les troubles de l'audition ne suffisent à eux seuls à expliquer l'incompréhension du langage parlé.

6° Quant à la surdité verbale pure, détachée des aphasies sensorielles, elle s'accompagne très souvent pour Déjerine, constamment pour P. Marie, d'affaiblissement intellectuel, de paraphasie, de paraphragie. L'agnosie et l'apraxie lui sont fréquemment associées. Les cas, tels que celui d'Hérard et Maillard (1910) où la parole articulée est normale, sont exceptionnels. Aucun traumatisme, aucune infection, aucun signe de tumeur ou de méningite ne pourrait venir ici expliquer cette affection. La réaction de Bordet-Wassermann dans le L. C.-R. est négative. Il n'existe ni lymphocytose, ni albuminose. La réflectivité est normale. L'hypothèse d'aphasie sensorielle doit être définitivement écartée.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une femme de 41 ans, sujette aux excès alcooliques, ayant présenté, il y a 10 ans, des troubles de l'ouïe et arrêtée récemment pour vagabondage.

Nous constatons des idées délirantes, sans systématisation apparente, qui sont vraisemblablement consécutives à des hallucinations auditives et qui semblent l'expression d'une méfiance développée peut-être par l'arrestation, l'incarcération à St-Lazare et l'internement à Ste-Anne.

Tableau clinique dominé dans l'ensemble par de la surdité verbale qui empêche de correspondre avec la malade autrement que par écrit. Nous avons éliminé, nous avons dit pourquoi, l'hypothèse d'une lésion cérébrale et nous avons vu que les troubles mentaux, d'une part, les troubles de l'ouïe, d'autre part, à eux seuls ne pouvaient donner la clef de la surdité verbale.

Bien que Kast, de Breslau, n'admette pas une surdité verbale d'origine purement labyrinthique, Freund cite deux cas démonstratifs à ce sujet. Notre malade se rapproche nettement de ses observations. Nous voulons bien que les lésions labyrinthiques d'Albertine expliquent, malgré la perception des sons et des bruits, la surdité verbale, mais nous ne pouvons leur faire jouer un rôle exclusif puisque la malade prétend qu'elle « entend sans entendre », ce sont ses propres termes, et que les propos qui frappent son oreille sont ceux d'une langue étrangère. L'incompréhension du langage parlé domine en importance la diminution de l'acuité auditive.

Les hallucinations de l'ouïe, pour actives qu'elles soient, ne se manifestent pas d'une manière permanente. Nous avons obtenu de la malade l'aveu qu'elle n'entendait aucune voix étrangère, alors que nos propres paroles, au même moment, n'étaient pas davantage perçues. Nul doute cependant que les hallucinations ne contribuent à augmenter la surdité verbale.

Les préoccupations où le souvenir des hallucinations plonge la malade, les troubles d'une attention en partie captée par le délire (en partie seulement, nous l'avons vu, car les questions écrites reçoivent en général des réponses) isolent la malade dont les rapports avec le monde extérieur sont déjà compromis par les lésions labyrinthiques.

Le fait que cette malade qui n'est pas affaiblie intel-

lectuellement, nie la surdité alors qu'elle ne comprend pas nos questions, pourrait sembler paradoxal, mais s'explique aisément puisqu'elle est hallucinée de l'ouïe. Elle entend les voix ennemies et ne comprend pas la nôtre. C'est qu'on nous oblige à nous exprimer en un idiome insolite. Son raisonnement suit la logique de son délire.

Ainsi toutes ces causes dont aucune ne suffit à expliquer la surdité verbale de notre malade, groupées et associées, la rendent fort plausible. Notre cas se rapproche par bien des points d'une observation de Ceillier et Alajouanine (1). Leur malade, âgée de 78 ans, présentait de la surdité verbale intermittente en rapport avec des troubles auriculaires et mentaux. Pour la nôtre, il nous semble que les lésions labyrinthiques constituent la cause la plus importante de la surdité verbale et sont peut-être le point de départ des phénomènes hallucinatoires. Les idées délirantes, l'attention concentrée sur elles et sur les hallucinations, la méfiance suscitée par les déboires de l'internement, autant de facteurs qui par leur action réciproque contribuent à expliquer ce cas de pseudo-surdité verbale pure.

Recherches sur l'état du système neuro-végétatif chez les anxieux

Par D. SANTENOISE et Paul ABÉLY

Ayant trouvé, au cours de nos recherches sur la psychose périodique, des résultats assez différents de ceux signalés par MM. Euzière et Margarot dans les états anxieux, nous avons repris systématiquement l'étude du système neuro-végétatif dans diverses formes d'anxiété.

Les recherches cliniques et physiologiques poursuivies avec le professeur Claude sur les moyens d'inves-

(1) Pseudo-surdité verbale pure chez une hallucinée de l'ouïe. André Cellier et Ala Jouamine. *Soc. Psychiâtrie*, Séance du 15 janvier 1914.

tigation du système neuro-végétatif, ont montré l'importance considérable d'une technique précise et d'une critique serrée dans toutes les études de cet ordre.

Nombreux, en effet, sont les auteurs qui ne s'entourent pas des précautions nécessaires, et signalent des résultats sujets à critique, par suite de l'emploi de procédés d'investigation insuffisamment étudiés.

Aussi, insisterons-nous encore sur les méthodes que nous employons, bien que ces techniques aient déjà fait l'objet de plusieurs de nos communications.

Nous recherchons chez presque tous nos malades le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe solaire. Ces deux réflexes doivent être recherchés chez des sujets à jeun depuis plusieurs heures. Nous examinons en général nos malades, le matin vers 9 heures après avoir pris soin de recommander qu'ils n'aient pris aucune alimentation depuis la veille au soir. Cette précaution est indispensable, sous peine d'obtenir des résultats inverses des résultats normaux, le tonus neuro-végétatif se modifie, en effet, sous l'influence du repas le plus léger, sans doute par suite de la production d'un choc.

Le réflexe oculo-cardiaque, dont le pneumogastrique constitue (lorsque ce réflexe est positif) l'arc moteur, semble être surtout un bon moyen d'examiner l'état du parasympathique.

Le réflexe solaire, au contraire, apparaît comme un moyen d'examen du système thoraco-lombaire, c'est-à-dire du sympathique.

Le réflexe oculo-cardiaque doit être recherché avec beaucoup de précautions. Plusieurs auteurs : Roubinovitch et Barré, ont imaginé des appareils oculo-compresseurs. Nous préférons la compression digitale, qui rend le malade plus confiant et permet d'arriver beaucoup plus facilement, grâce à un peu d'habitude, à une compression de choix : compression progressive, forte et prolongée au moins 30 secondes. Il ne faut commencer à compter que 15 secondes environ après le début de la compression. Ce n'est, en effet, dans la plupart des cas, qu'au bout de ce temps que se produit le ralentissement du rythme cardiaque. Il faut de plus compter pendant 1/4 de minute seulement, car la compression

continuant, il arrive qu'au ralentissement fait suite une accélération compensatrice qui fausserait le résultat et voilerait le vrai ralentissement.

La méthode graphique, méthode de choix, évite toutes ces causes d'erreur, permet d'enregistrer d'une façon précise toutes les variations du rythme et permet dans la suite de comparer tous nos résultats. La recherche du réflexe solaire gagne aussi beaucoup en précision, si on emploie la méthode graphique. La compression de la région épigastrique doit être progressive, peu douloureuse et on doit recommander au malade de respirer normalement.

Nous pratiquons aussi toute une série d'épreuves pharmaco-dynamiques. Là encore, nous employons la méthode graphique pour suivre les variations du R. O.-C. et du R. sol. à la suite de l'injection sous-cutanée de tel ou tel agent pharmaco-dynamique. C'est, d'ailleurs, ainsi qu'a été nettement mise en évidence l'action amphotrope de l'adrénaline, de l'ésérine et de la pilocarpine (Claude, Tinel, Santenoise, *Soc. biolog.*, décembre 1922).

De plus, il nous est arrivé souvent de rechercher la réaction hémoclasique digestive qu'une étude récente a montrée relever autant du tonus neuro-végétatif que de l'état du foie (Claude, Santenoise, Schiff, *Soc. biolog.*, mars 1923).

Nous enregistrons d'ailleurs les résultats donnés par ces divers procédés, sans conclure trop hâtivement à telle ou telle constitution vagotonique, sympathicotonique ou neurotonique. Nous évitons surtout de classer nos sujets dans telle ou telle catégorie, uniquement sur des signes tels que le rythme ou la pression artérielle.

Nous avons ainsi examiné les réactions vago-sympathiques de toute une série d'anxieux. Nos recherches ayant porté sur plus d'une centaine de malades, nous ne donnerons ici qu'un aperçu rapide de nos résultats. Le parasympathique nous a paru particulièrement excitable chez les anxieux appartenant à la psychose périodique. De même nous avons relevé de très forts réflexes oculo-cardiaques chez les épileptiques, soit avant les crises, soit au cours de paroxysmes, tandis que pendant

les périodes intercalaires, les mêmes malades ont souvent un R. O.-C. faible, nul ou inversé.

Les hyperthyroïdiens présentent en général un R. O.-C. très marqué ainsi que des réactions vives à la pilocarpine et à l'ésérine.

Par contre, chez les autres anxieux, nous avons noté un R. O.-C. faible ou nul. Tels sont : les délirants persécutés, les hypocondriaques anxieux, les cénestopathes, les déments précoces, les syndromes de Cotard et les mélancolies d'involution sans accès antérieur.

Enfin chez tous les sujets présentant des signes de constitution anxieuse avec un état morbide d'émotivité constitutionnelle nous avons observé l'inversion du R. O.-C. Parallèlement l'intensité du réflexe solaire révèle chez ces malades une hyperexcitabilité souvent considérable du système sympathique. C'est ce que nous avons observé dans les cas de mélancolie dite affective, de névrose, d'angoisse chez des obsédés.

Les anxieux présentent donc des réactions vago-sympathiques différentes suivant qu'ils appartiennent ou non à la psychose périodique. Ainsi se confirment par des données biologiques, des différences déjà établies par les recherches psychologiques entre les anxieux émotifs constitutionnels et les mélancoliques intermittents.

Il nous a paru intéressant de signaler ces faits, non seulement pour confirmer ce que nous avons décrit avec Tinel, mais surtout parce qu'on peut tirer de ces données des conclusions utiles pour le diagnostic, le pronostic et le traitement.

L'excitabilité parasympathique observée chez les intermittents (mélancoliques ou maniaques), constante chez eux au cours des paroxysmes, ne se retrouve, et souvent à un degré moindre, que chez certains épileptiques, migraineux (en période de migraine), les hyperthyroïdiens. Ainsi, en présence d'un cas d'anxiété, si le diagnostic est douteux, si en particulier on hésite entre la psychose périodique et l'obsession, la recherche des réactions vago-sympathiques pourra donner des indications et permettre de mieux orienter l'investigation psychologique.

De plus, l'examen de ce système neuro-végétatif peut donner des indications utiles pour le pronostic. Chez les intermittents, en effet, la fin de l'accès est marquée par une diminution du tonus parasympathique. Pendant les périodes intercalaires, le R. O.-C. diminue, souvent d'une façon considérable par rapport aux chiffres notés pendant les accès. Enfin, la terminaison de la période intercalaire s'annonce par la réapparition du R. O.-C. qui précède le paroxysme souvent de plusieurs jours. Ainsi pourrait-on prévoir à l'avance l'apparition d'un nouvel accès, par l'intensité subite du R. O.-C.

Enfin, la constatation du déséquilibre vago-sympathique des intermittents conduit à l'emploi d'agents pharmaco-dynamiques modificateurs de ce tonus. On a ainsi employé avec succès la teinture de belladone, l'adrénaline, le gardénal, les chocs anaphylactoïdes (Logre et Santenoise, Congrès de Quimper, août 1922). Mais cette thérapeutique n'est applicable qu'aux sujets à R. O.-C. très marqué. Chez les anxieux émotifs, constitutionnels, l'adrénaline en particulier est nettement contre-indiquée, puisque ces sujets présentent une excitabilité exagérée du système sympathique. D'ailleurs chez eux l'anxiété étant psychogène, il y a lieu d'agir surtout par la psychothérapie.

**

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Dupouy, Toulouse, Henri Colin, la séance est levée à 18 h. 30.

Les Secrétaires des séances :
René CHARPENTIER, J. CAPGRAS.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

MÉDECINE LÉGALE

Démence précoce et vagabondage, par R. BENON. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, août 1922.

Parmi les psychopathes libres, échappant momentanément à la mesure d'internement, les déments précoces tiennent une place importante. Les sujets atteints de cette affection entrent maintes fois dans la maladie, sans bruit, sans éclat, sans manifestations psychopathiques tranchantes ; seules des réactions médico-légales attirent l'attention sur eux, la désagrégation intellectuelle commençant souvent par une atteinte à la personnalité morale. Le vagabondage, soit comme symptôme de début, soit comme manifestation pathologique au cours de rémissions, est à retenir. L'auteur en déduit qu'il existe une forme de démence précoce ambulatoire, forme fruste, d'un grand intérêt au point de vue judiciaire et social ; tels malades de cette sorte, peuvent circuler pendant des années, en marge des lois sociales, leur calme, leur passivité, leur profonde indifférence émotionnelle ne les amenant pas à protester contre toute une longue série de condamnations. Aussi tous les récidivistes du vagabondage devraient-ils, d'après l'auteur, faire l'objet d'une expertise mentale.

BEAUSSART.

La responsabilité dans le crime de désertion, par EUZIÈRE et MARGAROT. *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, janvier 1922.

A l'occasion d'une de leurs expertises médico-légales, les auteurs ont vu se discuter une conception particulière du problème de la responsabilité. Il s'agissait en l'espèce d'une désertion accomplie par un dégénéré, déséquilibré, instable, impulsif, sujet à de courtes mais violentes crises d'excitation d'allure maniaque. Le crime militaire s'était produit au cours d'une de ces périodes d'agitation ; le sujet était resté 4 ans en état d'absence, et avait à nouveau, depuis son arrestation, présenté de nouvelles

crises. Les experts concluaient à l'irresponsabilité. Telle ne fut pas l'opinion du Commissaire du Gouvernement qui objecta que dans le crime de désertion, il fallait non seulement comprendre l'acte d'abandon de poste, mais encore l'état persistant qui était créé par cet acte; pour admettre l'irresponsabilité, il fallait établir que les raisons pathologiques qui avaient conditionné l'abandon lui-même, avaient persisté pendant tout le temps de l'absence. Comme il n'en était pas ainsi et que c'était moins sur l'état constant de déséquilibre dégénératif que sur l'état transitoire d'agitation maniaque que les experts s'étaient appuyés, la thèse du commissaire du Gouvernement fut acceptée et le sujet condamné à 5 ans de prison. Les auteurs font remarquer que d'autres états pathologiques peuvent engendrer des situations médico-légales, susceptibles d'une même interprétation, peut-être plus justifiée que dans le cas présent, entre autres, l'épilepsie procursive dans lequel l'état de vagabondage persiste volontairement une fois l'épisode inconscient achevé.

BEAUSSART.

Nécrophilie et nécrosadisme, par PLASSARD et RISER. *Revue de droit pénal et de criminologie et archives internationales de médecine légale*, (de Belgique) mai 1922.

Après bibliographie rapide de la question, les auteurs rapportent une observation où la nécrophilie ne se présente qu'à l'état de tendance, ses manifestations ne dépassant pas le cadre des évocations mnésiques et imaginatives.

Il s'agit d'un sujet nosophobique, obsédé par la crainte d'inspirer du dégoût à ses semblables, et partant aux femmes, très timide à leur égard, et amené de ce fait à l'onanisme avec évocation d'images fétichistes.

Ayant un jour porté ses désirs sur une personne bien déterminée, il en est arrivé à la désirer morte pour la posséder sans crainte d'être repoussé; dans des rêves et à l'état de veille, par concept imaginatif, il a la représentation de rapports sexuels sur son corps inanimé et privé de vie.

Passant au côté purement juridique, les auteurs se demandent sous quelle incrimination, on peut ranger les actes de nécrophilie et nécrosadisme: les textes relatifs au viol et à l'attentat à la pudeur qui supposent une victime vivante, ne sont pas ici applicables. S'il y a actes lubriques accomplis publiquement, l'art. 330 sur l'outrage

public à la pudeur, joue ; dans le cas de nécrosadisme, même avec publicité, mais sans obscénité, seul peut être invoqué le délit de violation de sépulture. Est-il nécessaire pour cela qu'un tombeau ou un cercueil soient ouverts ? non ; d'après la jurisprudence il suffit qu'il y ait eu commencement de cérémonie funèbre.

Où il n'y aura pas eu apprêt funéraire, les actes lubriques, non publics, les actes de laceration ou de mutilations publics ou non, sans gestes obscènes, pratiqués sur ou en présence d'un cadavre, ne pourront être poursuivis.

BEAUSSART.

Nouveaux documents sur le trafic de la cocaïne. Comment remédier à son extension redoutable, par COURTOIS-SUPFIT et GIROUX, *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 29, 1922.

A nouveau, les auteurs poursuivant leur campagne médicale contre le trafic de la cocaïne, montrent que malgré la loi de juillet 1916, on peut parler du péril toxique engendré par la drogue, les affaires de cocaïne de 53 en 1916 étant passées à 212 en 1922, à Paris. Mais ce n'est pas là le triste apanage de la capitale ; en province, dans les grands centres et même dans certaines campagnes, en Angleterre, en Amérique, le mal s'est étendu ; quant à l'Allemagne elle préfère approvisionner. Suivant une série de modifications, proposées par les auteurs, dans la législation concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses.

BEAUSSART.

NEUROLOGIE

BASTERRA et LAFORA. — Guérison d'une névrite optique double à marche rapide, par ponction du III^e Ventricle. (*Arch. de Neurobiologia*, 1923, p. 245).

Après avoir posé le diagnostic de gomme syphilitique du pôle frontal gauche et dilatation aiguë du III^e Ventricle, chez un malade de 46 ans atteint de névrite optique double, les auteurs ont ponctionné d'urgence, devant les progrès très rapides de la cécité, le ventricule médian à travers le corps calleux ; ils en ont extrait 80 cc. de liquide C. R. Par la suite, le champ visuel a augmenté progressivement et s'est rapproché de la normale. Les céphalées, intenses, ont diminué peu à peu jusqu'à disparition. On prati-

quait en même temps un traitement antisyphilitique très énergique, et l'on fit successivement 3 ponctions lombaires décompressives.

LOUIS PARANT.

G. R. LAFORA. — Syndromes parkinsoniens d'origine syphilitique (*syndrome extrapyramidal pur*). (*Arch. de Neurobiologia*, Tome III, n° 3, p. 252).

Lafora a observé deux cas de syndrome extrapyramidal pur, sans lésions de la voie pyramidale, chez des syphilitiques qui n'avaient pas été atteints par l'encéphalite épidémique. Hypertonie des membres; rigidité du cou et faciès figé; tremblement parkinsonien du bras et du pied (prédominant d'un côté), de la langue, des paupières, de la tête; voix chevrotante et dysarthrie, démarche soudée. Pas de signes ataxiques, pas de phénomènes cérébelleux, pas de signes de lésion de la voie pyramidale, réflexes vifs mais égaux, pas de Babinski, pas de clonus.

Le second de ces cas n'a pu être amélioré par le traitement spécifique. Cet échec ne doit pas faire mettre en doute l'origine syphilitique des lésions, bien mise en évidence par les réactions humorales. Mais le traitement est voué à l'échec dans les cas de nombreux petits foyers de ramollissement, tandis qu'il peut permettre une rapide amélioration (comme dans le 1^{er} cas) à la phase inflammatoire du début.

LOUIS PARANT.

PROPHYLAXIE

L'alliance de l'hygiène et de la pathologie dans la Médecine préventive. L'examen sanitaire régulier et systématique, par L. RÉNON. *Annales de l'hygiène publique et de Médecine légale*, janvier 1922.

Cette conception qui a fait l'objet, de la part de l'auteur, de diverses publications (Académie de Médecine, 6 décembre 1921) et qui dès 1902 avait déjà été soutenue, au congrès de Médecine de Toulouse par Barès, ne sera pas sans intéresser les adeptes d'hygiène et de prophylaxie mentale. D'après l'auteur, l'examen sanitaire régulier et systématique doit comprendre un inventaire sanitaire complet de l'homme bien portant — ou supposé tel — de sa naissance à sa mort. Un tel examen devrait être répété à intervalles réguliers, tous les 2 ou 3 ans par exemple; les résultats devraient être consignés sur un carnet individuel. Il porterait: sur l'examen du sang, la radioscopie

des viscères, l'urinologie, l'examen clinique complet. De cette manière, on aurait des notions précises sur le début des maladies à évolution lente. Un point que ne traite pas l'auteur, mais qui, implicitement, découle de son concept, c'est qu'à *fortiori*, dans l'état de maladie, les mêmes recherches systématiques s'imposent, et l'on ne voit pas où elles pourraient être pratiquées, ailleurs que dans des formations hospitalières à créer et à aménager, en conformité des perfectionnements scientifiques, d'où fonctionnarisation à outrance de la médecine.

BEAUSSART.

PSYCHIATRIE

Prof STRANSKY. — Troubles psychiques dans les maladies de l'estomac et de l'intestin. (*Arch. de Méd., Cir. y Espec.*, n° 73, 28 octobre 1922. Madrid).

Sans revenir aux errements anciens, où l'on exagérait l'importance des troubles psychiques dans les affections du tube digestif, il importe toutefois de bien connaître ces troubles, qui n'échappent du reste pas aux spécialistes. Stransky passe en revue les principaux troubles que le psychiatre doit pouvoir rattacher à leur véritable cause.

A la suite d'une opération sur l'estomac ou l'intestin, on peut voir apparaître une « psychose aiguë » qui le plus souvent guérit rapidement et complètement, à mesure que l'état général s'améliore, mais dans certains cas elle peut persister, en rapport avec la prédisposition psychique du sujet bien plutôt qu'avec la gravité de l'opération. Dans ces cas l'aspect clinique peut revêtir la plus grande diversité.

Mais l'apparition de troubles à la suite d'interventions sur le tube digestif tient souvent à ce que, pour des raisons chirurgicales, on avait été amené à *paralyser* l'intestin ; d'où coprostase et autointoxication. Dans les cas de cancer avec dénutrition, il s'agit le plus souvent, d'une « légère confusion à type hallucinatoire », dont le pronostic est lié à celui de la tumeur.

Les grandes hémorragies gastro-intestinales peuvent déterminer des troubles psychiques. Par contre, on n'en rencontre presque jamais dans la gastrite simple ou l'entérite aiguë sans complication, sauf en cas de prédisposition psychopathique très accusée. Tout au plus, observera-t-on dans ces cas de l'irritabilité, de la « mauvaise humeur », des tendances hypochondriaques ; la nuit, ces malades ont des cauchemars, avec état d'anxiété et un

semi-délire. Les enfants peuvent, même si l'affection gastro-intestinale est bénigne, présenter une excitation délirante, rappelant le méningisme.

La constipation, déterminant tous les degrés de dépression, depuis la plus légère jusqu'à l'hypochondrie, peut être le point de départ d'une intoxication entérogène plus grave, qui, après une phase latente, provoque la confusion mentale, le délire hallucinatoire, le délire aigu ; dans certains cas, on peut voir apparaître le syndrome de Korsakoff avec amnésie. Ces psychoses ont une marche aiguë, le plus souvent vers la guérison.

Le traitement devra donc avant tout, tendre à désintoxiquer le malade, principalement par dérivation intestinale ; et dans ces cas, où la paralysie de l'intestin est par-dessus tout à craindre, l'emploi de l'opium peut hâter la mort.

Quant au foie, son rôle dans l'étiologie de certains troubles mentaux a bien été mis en évidence, surtout par les français (Klippel). Les affections qui troublent, soit les fonctions endocriniennes de cet organe, soit le métabolisme du sucre, peuvent déterminer surtout de la dépression mélancolique. Les plus anciens auteurs l'avaient justement remarqué, lorsqu'ils attribuaient l'hypochondrie à une altération des fonctions hépatiques.

Mais aucun de ces troubles n'a de caractère spécifique ; il s'agit toujours là, de troubles symptomatiques, ou de « psychoses associées » (dans le sens donné à ce mot par Bonhoffer) à des intoxications endo ou exogènes.

Louis PARANT.

Prof. Rob. BING et prof. S. SCHÖNBERG. Les travestis *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*. (Bâle, 30 décembre 1922).

M. Hirschfeld a donné le nom de « transvestitismus » à la perversion de l'instinct sexuel que l'on observe chez les sujets qui empruntent les vêtements de l'autre sexe. Les 4 observations que rapportent B. et S. montrent qu'il s'agit là d'une anomalie qui ne saurait être considérée comme une perversion sexuelle autonome, mais comme un syndrome susceptible de relever des déviations les plus variées.

La première observation concerne un homme de 44 ans, marié, sans enfant, qui n'est nullement un homosexuel, mais chez qui l'instinct sexuel paraît peu développé. C'est avant tout un « efféminé » qui, dès l'enfance, avait

des goûts de fille et qui ne se trouve à son aise que dans des vêtements de femme. Arrêté à cause du scandale que provoque son passage dans la rue en costume féminin, il revendique son droit de revêtir les vêtements de l'autre sexe.

Le second cas est celui d'un ouvrier de 45 ans, qui n'est pas davantage un homosexuel, qui a eu 2 enfants d'un premier mariage, plus 1 enfant en dehors du mariage, et qui, divorcé, s'est remarié. Cet homme a été l'objet de poursuites parce que, la nuit, la fenêtre ouverte, dans sa chambre largement éclairée, il se plaçait tout nu devant sa glace, avec de faux seins, un collier et une perruque de femme. Un peu plus tard, il fut arrêté de nouveau, parce qu'il se promenait, la nuit, dans les environs de la ville, vêtu d'habits de femme. Ce qui domine ici, c'est l'exhibitionnisme et le narcissisme.

Le 3^e sujet est un employé de 34 ans, qui peu après son mariage, vers l'âge de 25 ans, commença à présenter des habitudes fétichistes. Il était obligé de pratiquer des atouchements prolongés de vêtements de femme pour pouvoir remplir ses devoirs matrimoniaux. Puis, au moment de la deuxième grossesse, les habitudes fétichistes prirent le dessus : le sujet se ménagea un cabinet privé, où il accumula tous les éléments d'une riche et luxueuse garde-robe féminine. Il portait habituellement des dessous féminins, sous ses vêtements masculins, et, en présence des amies de sa femme, aimait à se vêtir en élégante. Il ne témoignait d'aucun penchant homosexuel, mais avait noué, à de multiples reprises, des intrigues amoureuses, qui ne semblaient pas avoir jamais été jusqu'au rapprochement sexuel complet.

Enfin, le 4^e cas est celui d'un criminel, voleur, pédéraste, passif, masochiste, pédophile, coprophage, qui se montrait également indifférent à l'un et à l'autre sexe, et qui n'éprouvait de jouissance que du fait des enfants, filles et garçons. Il s'habillait lui-même en petit garçon (culotte courte, petite vareuse, béret marin) ou en petite fille. Il avait été condamné plusieurs fois pour attentat aux mœurs sur la personne d'enfants âgés de moins de 16 ans.

Dans ces 4 cas, le « transvestitismus » paraît donc n'avoir rien de commun avec la perversion homosexuelle.

(*Presse Médicale*).

J. MOUZON.

J. SANCHIS BANUS. — Les séquelles mentales tardives de l'Encéphalite épidémique. (*Arch. de Neurobiologia*, Tome III, n° 3, Madrid, 1923).

Après avoir fait connaître quelques cas nouveaux de séquelles mentales tardives d'encéphalite épidémique, et après avoir passé en revue, avec précision, tous les travaux publiés sur cette question d'actualité, Sanchis Banús s'efforce de dégager de l'ensemble des faits connus, des données définitivement acquises. Il convient de noter une différence importante entre les cas intéressant l'enfance, et ceux survenant entre l'adolescence et l'âge de 35 ans environ.

Dans les premiers, on observe une triade formée par des *modifications du sommeil* (insomnie rebelle), une *altération du caractère* (irritabilité, instabilité, diminution de l'affectivité), enfin des *troubles de la volonté et de la conduction*. Il faut y ajouter la *bradyphrénie*, lenteur des opérations psychiques.

Chez les adultes, au contraire, le tableau clinique a souvent fait prononcer — à tort — le mot de syndrome hébéphrénocatatonique. Sanchis Banús s'élève avec force contre la conception erronée qui, ne faisant de la démence précoce qu'un ensemble de symptômes, admet qu'elle puisse être déterminée par l'encéphalite épidémique. En réalité, trois éventualités peuvent se produire :

1° l'on est en présence de démence précoce véritable ayant apparu après l'encéphalite, mais non déterminée par elle ; — 2° l'encéphalite évolue chez des sujets présentant déjà une *constitution schizoïde*, et les réactions mentales revêtiront à peu près l'allure d'une psychose hébéphrénocatatonique ; — 3° enfin la majeure partie des cas n'auraient qu'une vague ressemblance avec la schizophrénie véritable, il s'agirait d'une confusion mentale chronique, post-infectieuse, à laquelle les lésions du *striatum* surajoutent des signes de la série extrapyramidale, pouvant en imposer pour des phénomènes catatoniques.

Quant aux autres séquelles, qui, chez les adultes, ne revêtent pas un caractère démentiel, les unes sont déterminées par la constitution du sujet (dépression mélancolique, exaltation confusionnelle), d'autres présentent des caractères nouveaux, déterminés par l'encéphalite ; il s'agit alors de *bradyphrénie*.

Mais en aucun cas on n'est véritablement autorisé à parler de psychose post-encéphalitique : ce terme ne peut désigner aucune forme nosologique mentale déterminée.

Ce travail, solide et très documenté, constitue un document capital dans l'étude d'une question actuellement à l'ordre du jour.

Louis PARANT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 19 Mars 1923

Président : M. le D^r ARNAUD

H. BERNADOU, Deux cas d'hébéphrénie ayant débuté par une pyrexie. (Service du D^r A. Marie. Présentation de malades). — Le premier cas est représenté par un homme de 28 ans, atteint d'un syndrome hébéphréno-catatonique, qui a débuté par un état fébrile de quelques semaines étiqueté fièvre typhoïde. Un deuxième malade, 24 ans, a présenté à l'âge de 17 ans une pyrexie mal déterminée à la suite de laquelle s'est réalisé le tableau de l'hébéphrénie simple.

Ces deux observations tendent à montrer que la démence précoce peut provenir d'une maladie infectieuse, relation déjà établie par Logre puis par le Professeur Claude, à propos de l'encéphalite épidémique. L'auteur émet la possibilité d'une encéphalite épidémique fruste et méconnue ou quelque autre virus filtrant neurotrope inconnu.

A l'occasion du deuxième malade, il attire l'attention sur les troubles moteurs que sont les tics, et montrant leur répercussion sur le cours de la pensée, il explique par un phénomène de psychomotricité centripède les arrêts de l'idéation, les réponses à côté, les stéréotypies verbales de l'écholalie.

CENAC, Logorrhée néologique chez une malade atteinte de délire hallucinatoire chronique à manifestations polymorphes. Transformations de la personnalité. Etat maniaque. Conservation de l'orientation. (Service du D^r Trénel. Présentation de malade). — Le malade qui fait l'objet de cette observation, présente un langage entièrement néologique, où l'on peut distinguer des termes ayant un sens défini pour le malade, véritables symboles, d'autres constituent des sortes de stéréotypies syllabiques et dont l'ensemble forme une salade de mots. Le délire est de forme hallucinatoire, très polymorphe avec transformation de

la personnalité, s'accompagnant d'un état maniaque. Sous ce délire, très actif, l'orientation et la mémoire semblent intactes.

Du besoin de réconfort au sentiment et au délire d'influence chez un psychasthénique, par André CEILLIER. —

M. C... montre que le délire d'influence doit être considéré surtout comme un syndrome. Si, quelquefois, il apparaît primitif, le plus souvent il est secondaire et peut se montrer dans toutes les psychopathies lorsqu'il existe des manifestations d'automatisme mental portant sur la pensée, le langage intérieur, les représentations, les sentiments ou les actes.

Il y a sentiment d'influence quand le malade a l'impression que ces phénomènes sont dus à une influence étrangère (par suggestion, hypnotisme, sciences occultes, etc...). Il y a idée d'influence quand ce sentiment s'intellectualise et s'exprime verbalement. Il y a délire d'influence quand les idées d'influence forment un système plus ou moins systématisé, auquel le malade accorde sa croyance.

Le passage d'un état psychasthénique au syndrome d'influence n'est pas rare, et peut se faire de plusieurs manières. Dans le cas de mentisme, le malade qui assiste impuissant à un défilé d'idées et qui sent son langage intérieur se formuler malgré lui, peut croire que ces idées lui sont envoyées par suggestion et que les mots qui résonnent dans sa tête, ne viennent pas de lui (pseudo-hallucination verbale). Dans l'obsession, il y a toujours un conflit entre la volonté du sujet et l'idée qui l'obsède. L'obsédé peut croire que cette idée ne vient pas de lui, mais lui est suggérée, souvent aussi cette idée peut se présenter sous la forme d'une hallucination impérative (obsession hallucinatoire). Enfin on observe souvent chez le psychasthénique un sentiment d'incomplétude qui s'accompagne d'un besoin maladif de réconfort. Ce sentiment d'incomplétude peut se transformer en sentiment de perte de la liberté, et le besoin de réconfort en sentiment d'influence.

C'est ce qui a lieu chez le malade qui fait l'objet de la présentation de M. C... Psychasthénique constitutionnel, il présentait déjà dans l'enfance ce besoin de réconfort ; plus tard, vivant maritalement avec une femme, il éprouve un sentiment de détresse à la pensée qu'elle pourrait le quitter et il présente la crainte obsédante d'être aban-

donné par elle, avec besoin obsédant de retourner fréquemment chez lui pour s'assurer qu'elle ne l'a pas quitté. Peu à peu, il se croit suggestionné par cette femme ; elle le dirige de loin, elle lui transmet ses pensées, elle lui chante des chansons à distance, elle se montre à lui dans des visions imaginaires. Dominé par des obsessions et des impulsions, le malade blesse sa maîtresse à la gorge avec un rasoir et essaie de se couper la carotide. Plus tard, il donne à son amie un coup de poing qui nécessite l'énucléation de l'œil, enfin il exécute plusieurs tentatives de suicide, par pendaison. Ce cas permet de comprendre le passage lentement progressif d'une névrose (psychasthénie) à une psychose (délire d'influence).

J. CAPGRAS et J. REBOUL-LACHAUX, *Glastomanie systématique*. — Présentation d'une malade atteinte d'accès maniaques et mélancoliques avec idées de suicide et idées mystiques et qui, depuis quatre ans, ne cesse de casser et de déchirer, aussi bien pendant la période de dépression que pendant la période d'excitation. Ce besoin de détruire, impulsif au début, puis obsédant au point de donner naissance à des hallucinations impératives, est devenu maintenant systématique et comparable à un jeu malicieux, mais avec persistance d'une humeur triste et d'idées de suicide. Il s'agit, en somme, d'un état mixte de manie mélancolique.

LERÔY-MONTASSUT, *Délire d'imagination*. — Psychogenèse des idées délirantes ; l'évasion imaginative. Discussion du fond mental. — De la conviction délirante.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Le poste de Médecin-Directeur à l'Asile public autonome d'aliénés d'Aix (Bouches-du-Rhône) sera vacant à dater du 1^{er} juin 1923.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE

Un concours pour onze places d'interne en Médecine s'est ouvert à l'Asile Clinique le 9 avril dernier. Le jury était composé de MM. Lwoff, président, Bergé, Bonnet, Colin, Mauclair, Roubinovitch, Simon.

Le concours s'est terminé le 27 avril par la nomination de MM. Lamache, Hivert, Vuillame, Villey-Desmesereis, Desport, Durand-Saladin, Sonn, Mlle Lacroix, Clerc, Sizaret, Chanes, M. Schiff, *ex-æquo* avec M. Chanes, est nommé interne surnuméraire en sa qualité d'étranger.

Epreuves écrites : Insuffisance aortique, lobe frontal.

Epreuve orale : Syncope.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(XXVII^e SESSION)

Besançon, 2-7 août 1923

Président du Congrès : M. le Docteur Henri COLIN, Médecin en Chef du Service de l'Admission à l'Asile Clinique (Sainte-Anne), à Paris, Secrétaire général et ancien Président de la Société Médico-Psychologique.

Vice-Président : M. le Docteur E. DE MASSARY, Médecin des Hôpitaux de Paris, ancien Président de la Société de Neurologie.

Secrétaire général : M. le Docteur A. SANTENOISE, Médecin-Chef de service à l'Asile de Saint-Ylie (Jura).

Programme des travaux et excursions

Judi 2 août

MATIN : 9 heures 1/2. — Séance d'ouverture, au Théâtre Municipal, sous la présidence de M. BACOU, Préfet du Doubs.

APRÈS-MIDI : 14 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Fa-

culté des Lettres : 1^{er} RAPPORT : PSYCHIATRIE : *La psycho-analyse*. Rapporteur : M. le D^r HESNARD, de Bordeaux.

SOIR : 20 heures 1/2. — Au Théâtre Municipal : Conférence avec projections : *Besançon et la Franche-Comté*, par M. G. GAZIER, Conservateur de la Bibliothèque de Besançon.

Vendredi 3 août

MATIN : 9 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Faculté des Lettres : 2^e RAPPORT : NEUROLOGIE : *Troubles nerveux et circulatoires causés par les côtes cervicales*. Rapporteur : M. le D^r André THOMAS, de Paris.

APRÈS-MIDI : 14 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Faculté des Lettres : Séance de communications.

16 heures. — Visite de la ville, sous la direction de M. CEL-LARD, Architecte.

Samedi 4 août

MATIN : 9 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Faculté des Lettres : 3^e RAPPORT : MÉDECINE LÉGALE : *La criminalité des toxicomanes*. Rapporteur : M. le D^r LEGRAIN, de Paris.

APRÈS-MIDI : 14 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Faculté des Lettres : Assemblée générale du Congrès.

16 heures. — Continuation de la visite de la ville.

SOIR : 20 heures 1/2. — A l'Hôtel de Ville : Réception offerte par la Municipalité de Besançon (tenue de ville).

Dimanche 5 août

MATIN : 9 heures 55. — Départ de la gare de Besançon (Viotte) pour Dôle ; arrivée à Dôle à 10 heures 38. Départ pour Saint-Ylie (en autobus). Visite de l'asile départemental des aliénés.

12 heures. — Déjeuner offert par l'Asile et présidé par M. GUILLEMAUT, Préfet du Jura.

APRÈS-MIDI : 15 heures. — Départ de l'Asile (en autobus).

16 heures. — Réunion à la Salle des Fêtes du Collège de l'Arc, à Dôle. Visite de la ville sous la direction de M. FEUVRIER, Conservateur du Musée d'Archéologie.

19 heures 7. — Départ de la gare de Dôle ; arrivée à Besançon à 19 heures 47.

Lundi 6 août

MATIN : 9 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Faculté des Lettres : Séance de communications.

APRÈS-MIDI : 14 heures 1/2. — A la Grande Salle de la Faculté des Lettres : Séance de communications. Clôture du Congrès.

16 heures. — Visite de l'Etablissement des Bains Salins de Besançon-la-Mouillère, sous la direction de M. le Dr DASSE, Médecin consultant à l'Etablissement. Réception offerte par la Compagnie des Bains Salins.

Mardi 7 août

Excursion en automobile dans les montagnes du Doubs (Circuit du Doubs), 165 kilomètres.

7 heures. — Départ de Besançon, gare Viotte. Itinéraire : Ornans, Mouthier, Haute pierre, Source de la Loue, La Vrigne, Gilley, Les Arces, Morteau, Villers-le-Lac, Bassins et Saut du Doubs.

11 heures. — Visite facultative des Bassins, en canots automobiles.

12 heures 1/2. — Déjeuner à Villers-le-Lac.

14 heures. — Retour : Morteau, La Roche du Prêtre, Consolation, Gigot, Vallée de la Réverotte, Picrrefontaine, Grâce-Dieu (La Glacière).

19 heures. — Arrivée à Besançon.

Prix approximatif de l'excursion, repas compris : 60 fr. par personne.

Les souscriptions pour l'excursion seront reçues par un Bureau installé au moment des séances, dans le vestibule de la Faculté des Lettres, le jeudi, le vendredi et le samedi (2, 3 et 4 août).



La Compagnie des Bains Salins de Besançon offre aux Congressistes l'entrée gratuite, tous les jours après midi, au Casino de la Mouillère (Promenade au Parc et Concert), et tous les soirs (excepté le vendredi), à 20 heures 1/2, l'entrée gratuite (sauf la taxe réglementaire de un franc) à la représentation théâtrale.

EXCURSIONS FACULTATIVES

A la suite du Congrès, des excursions facultatives pourront être faites par les Congressistes qui désireraient visiter la région de Franche-Comté et des Monts-Jura. Ils pourront s'adresser, à cet effet, à M. l'Administrateur délégué de la Société des Messageries et Transports automobiles des Monts-Jura, 19, rue de la République, à Besançon. Ils recevront des brochures du Syndicat d'Initiative et de la Société des Grands Services d'Auto-Cars (La route du Jura), avec itinéraires, cartes, horaires et tous renseignements utiles qui leur permettront d'exercer leur choix et de préparer leurs excursions facultatives.

Indépendamment de l'excursion dite « Circuit du Doubs », qui est organisée par le Congrès, il existe, en partant de Besançon, deux grandes excursions de montagne par auto-cars de la Compagnie

P.-L.-M. : 1° Besançon-Belfort ; 2° Besançon-Genève. De Belfort, on peut prolonger le voyage dans la direction des Vosges, ou revenir à Besançon par chemin de fer, en suivant la pittoresque vallée du Doubs. De même, on peut, dans la direction de Genève, si on ne veut pas faire le trajet en entier, s'arrêter à une station intermédiaire, par exemple Champagnole, et revenir à Besançon par chemin de fer, en passant par Lons-le-Saunier. En résumé, il est possible de combiner, de plusieurs façons, des voyages circulaires, partie en auto-cars, partie en chemin de fer.

Une réduction de 10 0/0 du prix des places, sur les services réguliers d'auto-cars partant de Besançon, sera faite au Congressistes.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Le Congrès comprend :

1° Des membres adhérents, cotisation : 30 francs.

2° Des membres associés (membres de la famille, étudiants), présentés par un membre adhérent, cotisation : 15 francs.

Les Asiles et autres établissements de bienfaisance et d'assistance inscrits au Congrès sont considérés comme membres adhérents.

Seuls les membres adhérents reçoivent les rapports et procès-verbaux imprimés.

Les communications et discussions ne peuvent être faites qu'en langue française.

..

Prière d'adresser adhésions, avec cotisations jointes, au Docteur Santenoise, à Saint-Ylle, par Dôle (Jura).

IV^e RÉUNION

NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

(8 et 9 juin 1923)

La IV^e Réunion Neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les *vendredi 8 et samedi 9 juin 1923*, dans l'Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières, à la Salpêtrière.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h., l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude :

Les Compressions Médullaires

Rapporteurs :

1° Pour l'anatomie pathologique et la pathogénie : MM. JAMES PURVES STEWART et GEORGE RIDDOCH (de Londres).

2° Pour la Physiologie pathologique, la Clinique et la thérapeutique : M. CH. FOIX (de Paris).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

A propos du Procès des Toxicomanes

Devant la 10^e Chambre du Tribunal correctionnel de la Seine se déroulent, en ce moment, les débats de l'affaire des Toxicomanes.

Six médecins, trois pharmaciens et nombre d'intoxiqués des deux sexes sont poursuivis du fait de manquements à la Loi du 12 juillet 1916 et au Décret annexe du 14 septembre de la même année concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses, notamment l'opium, la morphine et la cocaïne.

On a vu à l'audience le défilé de cette clientèle spéciale d'intoxiqués, jeunes gens au teint livide, aux lèvres blêmes, demoiselles maquillées, artistes de Montmartre pour la plupart. Elles dansent et elles plaisent, à l'imitation des saltatrices de la Rome antique. Plus pernicieuses que leurs devancières, qui dans les repas ou les fêtes, drapées d'un voile

transparent, relevé parfois au-dessus de la tête, se contentaient de charmer convives et invités, les prêtresses modernes de Terpsichore, d'Euterpe, ou simplement d'Eros, distribuent à leurs adorateurs la drogue redoutable, malfaisante au corps et à l'esprit.

L'Edit de Louis XIV donné à Versailles au mois de juillet 1682 — il y avait deux ans que la Voisin avait été brûlée vive —, contresigné par Colbert et Le Tellier et enregistré par le Parlement le 31 août de la même année, ayant trait à la punition des maléfices, empoisonnements et autres crimes, impose le lieu sûr pour les poisons, dont le détenteur gardera lui-même la clé, le registre d'inscription avec la qualité des remèdes, le nom de la personne, etc... en somme ce qui est de rigueur de nos jours. L'édit vise principalement les poisons minéraux, l'arsenic, le réalgar, l'orpiment et le sublimé.

Il n'est pas fait mention dans les divers édits des doses ou des formules permises aux médecins et les cas d'opiophagie par plaisir n'étaient sans doute pas aussi fréquents que de nos jours. Il était quelque peu nauséabond de déglutir un bol de thériaque, gros comme une aveline, en dépit du verre de vin blanc avalé par-dessus. Déjà dans la seconde moitié du ^{xvii}e siècle, Philibert Guybert, Docteur régent de la Faculté de Médecine de Paris, mettait en garde contre les opiates : « La thériaque d'aujourd'hui, dit-il, est un dangereux remède mal préparé, capable de donner la fièvre à ceux qui en useront et même leur faire pis, pour sa qualité désagréable et brûlante par laquelle il peut allumer un brasier mortel dans leurs entrailles. Le mithridat qui se trouve aujourd'hui dans les boutiques a les mêmes vices et imperfections, son emploi est également dangereux avec la

thériaque, il peut merveilleusement nuire, c'est pourquoi je donne avis à chacun de s'en garder. »

La morphine n'était pas encore isolée et si l'on trouve dans la « *Technica Curiosa* » de Gaspar Schott de 1664, la description d'injections intraveineuses de médicaments purgatifs, il s'agissait d'un cas unique d'expérimentation, si vraiment l'expérience fut faite.

Employée d'abord pour calmer la souffrance, l'usage de la morphine fut vulgarisé peu à peu, surtout par l'emploi de la seringue de Pravaz, et l'abus des injections sous-cutanées fut déjà signalé il y a une quarantaine d'années. Les morphinomanes devinrent de plus en plus nombreux. Puis survint la cocaïne, poudre blanche dont on peut user discrètement, sans complication d'une seringue, et les cocaïnomanes vinrent grossir les cohortes des morphinomanes.

J'ai ouï dire, aux débuts de mes études, que dans certains services hospitaliers les hystériques réclamaient leur piqure pour se rendre intéressantes. C'était comme une sorte d'émulation entre elles. De même aujourd'hui, dans un certain monde, il est de bon ton de se mettre de la cocaïne dans le nez.

Morphinomanie, cocaïnomanie, la contagion par l'exemple devint de plus en plus grandissante.

Jusqu'à ces dernières années le commerce des substances vénéneuses était régi par l'Ordonnance royale du 29 octobre 1846. Cette Ordonnance fut modifiée et complétée, comme on sait, par la Loi du 12 juillet 1916 et le Décret annexe du 14 septembre qui fait suite.

On lit dans le préambule : « Les circonstances actuelles rendent plus nécessaires et plus urgentes que jamais des mesures spéciales pour contrôler partout et par tous les moyens le commerce des stu-

péfiants et en réprimer les abus avec la dernière énergie. C'est à cette préoccupation qu'a obéi le Parlement en votant la loi du 12 juillet 1916, il s'agit d'une question d'intérêt national au premier chef. » *Intererat valde utilitatis reipublicæ*, le cas touchait à la chose publique, comme on peut lire dans l'arrêt du Parlement du 3 août 1536 qui établit les précautions qui doivent être prises et observées dans la composition et le débit des remèdes pour n'en avoir que de bons et utiles à la santé.

Cette législation nouvelle concernant l'opium, la morphine, la cocaïne et même le haschich et ses préparations prévoit des peines graves pour ceux qui auront usé en société des dites substances, en auront facilité à autrui l'usage, à titre onéreux ou gratuit, et ceux qui, au moyen d'ordonnances fictives, se seront fait délivrer, ou auront tenté de se faire délivrer de ces substances. Le médecin doit dater, signer, mentionner lisiblement son nom et son adresse, énoncer en toutes lettres les doses des substances vénéneuses prescrites et indiquer le mode d'administration du médicament.

L'article 39 du Décret interdit de rédiger des ordonnances prescrivant l'opium, de la morphine et les autres substances dont l'énumération est inscrite dans un tableau B (1) pour une durée de plus de sept jours.

On reproche aux médecins mis en cause la prescription sur une ordonnance d'une provision de morphine pour une durée de plus de 7 jours ; d'avoir délivré des ordonnances à personnalités multiples, à savoir : délivré à une personne nommée X... des

(1) Le décret renferme une nomenclature de substances réparties en trois tableaux A, B, C.

ordonnances portant les noms Y, Z, etc., laissant croire au pharmacien qu'il s'agit de plusieurs personnes ; d'avoir rédigé des ordonnances post-datées ; d'avoir remis un certain jour une ordonnance de provision pour 7 jours et le lendemain une ordonnance indiquant encore une dose pour 7 jours. Tous moyens déguisés de fournir un approvisionnement de stupéfiant à leurs clients et faciliter ainsi l'usage de la drogue.

Enfin un relèvement abusif des doses au cours d'un traitement, si bien qu'il semble alors qu'une cure de désintoxication par doses progressivement décroissantes se transforme au contraire en une intoxication progressive.

Il n'y a pas lieu, dans cette chronique, de recommencer à faire une conférence sur les toxicomanes et à s'étendre sur les morphinomanes ou cocaïnomanes inculpés de s'être procuré de la drogue par des stratagèmes variés, ou d'en avoir usé en société ou facilité l'usage à autrui. Il est illusoire d'essayer de mener à bonne fin une cure de démorphinomanie chez un morphinomane livré à lui-même. C'est confier une bouteille de vin à un ivrogne avec recommandation d'en user avec discrétion pendant la semaine.

Les pharmaciens sont assujettis à tenir une comptabilité matières très en ordre et à d'autres mesures strictes, qui datent de l'Edit de 1682 ; ils doivent avoir un registre spécial pour les substances du tableau B, registre coté et paraphé par le Maire ou le Commissaire de police ; il est interdit aux pharmaciens de renouveler aucune ordonnance des substances B, soit en nature, soit sous forme de solution destinée à des injections sous-cutanées et d'exécuter des ordonnances prescrivant les toxiques B pour une période de plus de 7 jours.

Au point de vue médical, la question est d'un ordre différent.

Il peut se rencontrer des médecins oublieux de leurs devoirs, cherchant à déjouer les prescriptions de la loi et à favoriser l'abus de la morphine, mais il peut arriver aussi qu'un médecin consciencieux soit amené à faire une ordonnance à un morphinomane en état de besoin.

Sans doute, on peut relever contre des médecins des manquements matériels à divers articles de la loi ou du décret, mais l'appréciation des faits est très délicate.

« L'emploi abusif de l'opium (préambule du décret du 14 septembre 1916) et surtout celui de la morphine et de la cocaïne, a pris de telles proportions dans ces dernières années que l'opinion publique s'est émue de l'inefficacité de notre législation pour enrayer ce fléau. L'interdiction absolue de la vente de ces toxiques n'est pas possible; car, ce sont, dans certains cas, de merveilleux médicaments rendant les plus grands services à l'art médical; mais il est indispensable pour empêcher leur emploi illicite, que la circulation et la vente de ces toxiques soient soumises à un contrôle rigoureux, dès leur entrée en France, et assujetties à des formalités qui s'opposent à leur délivrance, autrement que sur le vu d'une prescription médicale visant personnellement, et seulement à une époque donnée, un malade déterminé. »

Il y aurait lieu, semble-t-il, de faire une discrimination premièrement entre l'emploi de la morphine en tant que « médicament rendant des services dans l'art de guérir » par exemple : calmer les douleurs d'un blessé ou d'un opéré, atténuer un accès d'asthme,

ou une crise fulgurante chez un tabétique, soulager les intolérables souffrances d'un cancéreux. Puis, deuxièmement : l'administration de la morphine chez les morphinomanes proprement dits, c'est-à-dire, chez les sujets pour lesquels la piqûre est devenue un besoin et qui réclament, plus ou moins sincèrement, une cure de démorphinisation. Il est plus aisé de faire cette discrimination sur le papier que de la réaliser en pratique. Le problème est hérissé de difficultés.

Comment décider, après coup, si l'augmentation d'une dose au cours du traitement d'une cure de démorphinisation était une complaisance illicite ou répondait à une indication thérapeutique ? Les défenseurs des médecins inculpés n'ont pas manqué de faire état de cet argument ; ajoutant que le pharmacien-expert chargé de l'inspection des officines, de vérifier et de rapprocher les ordonnances, professeur de Botanique à la Faculté de Pharmacie, pouvait ne pas avoir en cette matière la même compétence qu'un docteur en médecine spécialiste du traitement des morphinomanes. Quand bien même, pourtant, un docteur en médecine aurait été adjoint au pharmacien inspecteur, comme il est dit dans l'arrêt du Parlement pris sous François I^{er}, les mêmes manquements au décret du 14 septembre 1916 auraient été constatés.

Faudra-t-il en venir à délivrer, comme nous l'avons entendu dire, une carte spéciale de morphinomanie, donnant droit, nominativement, à la délivrance d'une solution de morphine, et faisant mention du médecin traitant, pour empêcher les morphinomanes d'aller demander une ordonnance à plusieurs médecins et s'approvisionner ainsi de poison.

Il y aurait peut-être quelques petites modifications à apporter au dernier décret. Mais pour lutter contre ce fléau, que la surveillance de la contrebande de la drogue importée d'Allemagne, la répression de la fraude et de la vente clandestine deviennent très sévères. Que nos confrères soient prudents dans l'emploi thérapeutique de la morphine, sans céder trop vite aux supplications de ces clients qui redoutent le plus petit malaise, la moindre douleur et réclament d'urgence une piqûre pour un très vulgaire mal aux dents.

J.-M. DUPAIN.

TROIS HISTORIENS FRANÇAIS DE LA PSYCHIATRIE :

CALMEIL, MOREL, ULYSSE TRÉLAT

Par M. LAIGNEL-LAVASTINE et M. Jean VINCHON (1)

L'histoire de la médecine mentale n'est pas seulement celle des doctrines ; elle conduit aussi le chercheur dans la voie des enquêtes sociales, riches en déductions pratiques. C'est ce double but qu'ont poursuivi trois des maîtres, qui nous ont initiés, en France, à cette histoire : Calmeil, Morel et Ulysse Trélat.

*
**

Ulysse Trélat fut vraiment un précurseur. Pinel avait fait peu de cas des devanciers et Esquirol avait suivi son exemple, dans le même temps que Trélat s'attaquait aux gros in-folios de la Renaissance, aux livres des XVII^e et XVIII^e siècles, classant, comparant et critiquant les auteurs. Dès 1827, deux articles du *Journal des Progrès des Sciences et institutions médicales en Europe, en Amérique, etc.* (Tome VI) montraient à l'aliéniste l'intérêt que présentaient pour lui les sources de la science. Ils étaient complétés par un nouvel article sur les contemporains à propos du traitement de la folie. La forte culture classique des fils de la bourgeoisie d'alors nourrit ces articles d'une riche substance et une philanthropie ardente, aussi généreuse que celle de Pinel, les illumine d'une foi vive dans le progrès. Ces trois articles furent réunis en 1839 dans les *Recherches historiques sur la Folie*. Nous trouvons là la moelle des observations d'Arétée de Cappadoce, de Soranus et de son traducteur Cœlius Aurelianus, cliniciens et thérapeutes, sans qui les commentaires de Galien, base de la médecine des siècles suivants, n'auraient pas été possibles. Trélat rappelle dans le cha-

(1) Travail communiqué au V^e Congrès international des Sciences historiques. Bruxelles, 1932.

pitre consacré à l'antiquité que Némésius, évêque d'Emèse, fut parmi les premiers qui localisèrent les fonctions cérébrales, au iv^e siècle de notre ère. Les médecins arabes, Paul d'Egine, Averrhoes, Avicenne, Rhazès, ne sont pas oubliés ; gardiens des traditions en Orient, ils font une large part au traitement moral et conseillent de ne maintenir les maniaques qu'à l'aide de liens flexibles, qui ne peuvent pas les blesser. Trélat retrouve dans l'œuvre des médecins antiques l'esprit qui guidait les réformateurs de la fin du xviii^e siècle ; mais pour que l'histoire de la médecine soit profitable il faut comparer les époques ; c'est l'objet du second article et du chapitre II des « Recherches ». Jacob Sylvius, au xv^e siècle, recommande les procédés d'intimidation, menaces, coups et liens. L'humorisme règne alors, et résistera encore longtemps aux attaques de Paracelse, fondateur de l'iatro-chimie. Sylvius Deleboë, malgré un sens exact de l'utilité de la médecine de l'esprit, conseille une thérapeutique contre les humeurs peccantes, qui mériterait les critiques de Molière. Trélat insiste sur les qualités cliniques de Félix Plater et sur les intéressantes conceptions médico-physiologiques de Sennert. Autour de ces noms se groupent ceux des commentateurs de la fin de la Renaissance et du début du xvii^e siècle : Jean Schenck, Donatus, Forest, Holler, avec leurs longs chapitres sur les Démonopathies et leurs diverses attitudes devant les faits qui paraissaient dépasser les cadres scientifiques.

Sydenham ne s'est pas attardé à l'étude de la médecine de l'esprit ; en revanche, Willis et Bonet, au milieu du xvii^e siècle, ont mené cette science plus avant dans la voie du progrès. Bonet n'accordait presque plus rien à l'art magique, au rebours des croyances superstitieuses de Sennert. Boerhave, au début du xviii^e siècle, continuait de tenir pour l'humorisme, pendant que Stahl, donnant à l'âme la direction de la matière passive, fondait l'école de l'animisme. Avec Morgagni les recherches anatomiques renforçaient l'armature clinique ; le « sepulcretum » de Bonet rénové faisait place au « de sedibus et causis morborum ». Enfin Cullen, dans les dernières années du xviii^e siècle, inspirait directement son traducteur Pinel.

Pinel, Esquirol, Georget, Gall, Spurzheim, Broussais sont jugés avec indépendance par Trélat dans le troisième chapitre, qui finit par un conseil prudent de Daquin : « Plusieurs des lésions trouvées dans le cerveau des fous ne s'étant, selon toute apparence, formées que dans les derniers temps de la vie, présentent plutôt les effets de la maladie que la cause elle-même. »

Malgré la fougue de ses trente ans, et l'ardeur déployée dans ses luttes politiques, Ulysse Trélat, critique impartial, sut placer chacun des auteurs étudiés au milieu des contingences qui avaient conditionné son œuvre, montrant combien il est difficile d'échapper au passé et à l'influence des idées régnantes à cette époque.



Calmeil, dans ses *Considérations sur la Folie du xv^e au xix^e siècle*, reprit les travaux de Trélat et les illustra avec la description des grandes épidémies de folie collective. Son livre, si riche d'érudition, met à notre portée une bibliothèque entière avec de nombreux ouvrages d'une lecture difficile, écrits pour les longs loisirs des savants d'autrefois.

L'Histoire de la Folie au Moyen Age a été écrite en partie par ces théologiens exorcistes, « qui connaissent tant bien que mal les principales destinations « de l'appareil nerveux dans l'économie vivante ». Ils pouvaient admettre, comme Jean Nider, la possibilité des délires démoniaques, ou bien, comme Césaire, la succession de la possession à la maladie. Dans la pratique, la détermination de ces deux faits restait imprécise, comme le montrent les procès des sorciers et des possédés.

La folie est encore souvent méconnue au xvi^e siècle. Ambroise Paré, Fernel pensent comme les théologiens ; mais Schenck, Montanus, Eraste, Houliès et quelques autres décrivent les démonopathies comme des maladies et insistent sur la forme convulsive des possessions, qu'ils rattachent au haut mal. Les juges, fidèles à l'enseignement de Barthélemy de l'Epine, continuent d'admettre la responsabilité des sorciers. Pourtant, à cette date, pour la première fois, Calmeil rapporte l'histoire

d'un lycanthrope, condamné à mort par le lieutenant criminel d'Angers et renvoyé dans un hospice de fous par le Parlement de Paris. A la fin du xvi^e siècle, Jean de Wier, au nom de la pitié peut-être plus que de la science, proclame que les démoniaques sont surtout des malheureux qu'il est inutile de punir et Montaigne se range à ses côtés.

Au xvii^e siècle, Baillon, Plater, Lepois, Sylvius, Senner, Willis, malgré la ténacité des préjugés, tentent d'asseoir la pathologie sur ses véritables bases. Delancré, dans ses livres : *Tableau de l'inconstance des mauvais anges et démons ; l'incrédulité et mécréance du sortilège pleinement convaincu*, s'efforce de maintenir la tradition de sévérité contre les sorciers.

Après Trélat, Calmeil analyse les œuvres des médecins cités plus haut et insiste sur Willis, « qui possède déjà, il y a plus de deux siècles, la plupart des connaissances que nous sommes aujourd'hui si fiers de posséder », mais croyait toujours aux causes surnaturelles. Le bûcher fait moins de victimes pendant ce siècle ; les nonnes démoniaques de Lille sont condamnées à la prison ; Jean Grenier, lycanthrope, est mis au couvent pour imbécillité. La sévérité reparaît pourtant si l'épidémie menace de s'étendre comme à Loudun. L'épidémie de Loudun, celles de Louviers et d'Auxonne sont décrites dans les « considérations sur la Folie » avec une richesse de documentation, qui marque une date dans l'évolution de la méthode historique pour les historiens de la médecine. Calmeil procède comme pour une enquête médico-légale actuelle, parcourant ou lisant tout ce qui lui a été possible de rassembler de livres ou de brochures.

Une date du xvii^e siècle mérite d'être retenue, celle de l'année 1670, pendant laquelle Louis XIV, malgré le Parlement, arracha à la mort les condamnés de La Haye, Dupuis et de Carentan ; quelques années plus tard, en 1682, le même roi provoquait une réforme de la législation, d'après laquelle la démonomanie n'était plus punie de mort.

L'état de la pathologie mentale au xviii^e siècle est des plus intéressants à étudier. Les descriptions des types cliniques se précisent : Stahl commence à faire

école, la psychologie, l'anatomie pathologique, soutiennent la jeune science. Le terrain est prêt pour Pinel. La liste des épidémies, néanmoins, n'est pas close ; ce sont les folies collectives des Calvinistes des Cévennes, des Adamites, des anabaptistes, des convulsionnaires, des magnétisés autour du baquet de Mesmer. Mais Carré de Montgeron et l'auteur des lettres théologiques emploient, dans leur polémique, les arguments scientifiques aussi bien que les arguments religieux. Hecquet dans ses trois brochures sur le naturalisme des convulsions (Soleure, 1733), Bailly dans son rapport au roi sur le magnétisme font de véritables enquêtes médicales sur ces faits.

Le livre de Calmeil, dont nous avons à peine fait entrevoir la valeur, se termine sans autre conclusion que la satisfaction de mettre fin à une tâche poursuivie à travers les difficultés de quatre siècles.



Morel n'est pas à proprement parler un historien, bien que les études historiques soient nombreuses dans son œuvre ; c'est à la fois un philosophe et un observateur et, s'il sait s'élever au-dessus des faits, il veut aussi les éclaircir à la lumière des descriptions anciennes.

Nous trouvons déjà la preuve de cette tournure d'esprit dans les *Etudes cliniques*, où il tente un essai de psychologie à l'usage de l'aliéniste. Pour y parvenir, il rapproche les philosophes antiques, disciples de Platon, d'Epicure et d'Aristote de l'Ecole « psychique » allemande, qu'il avait étudiée avec Lasègue en 1844, dans les *Annales médico-psychologiques*. Séduit par l'élévation de pensée de Stahl, d'Heinrote, d'Idler, de Langermann, il n'oublie pourtant pas qu'il est médecin et réclame les droits de l'observation, « qui siège aujourd'hui à l'entrée de toute science ». Une seule notion pour lui explique la folie, celle de l'Union substantielle de l'âme et du corps, à condition qu'il soit admis que les troubles de la pensée dépendent étroitement des lésions des organes. L'unité de l'esprit, opposé aux divisions de la psychologie sensualiste de

Condillac, reste le meilleur argument à opposer à la conception des monomanies, aujourd'hui désuète.

Le Traité des dégénérescences de 1867 devait avoir une portée encore plus haute, puisqu'il étudiait, au delà des individus, les maladies des races. Là, il propose aux médecins le rôle le plus généreux, puisqu'il a pour but « l'amélioration intellectuelle, physique et morale de l'espèce humaine ». Etudier une race, c'est suivre son évolution dans le temps, à l'aide de l'Histoire, c'est noter les groupes d'influences agissant sur des masses d'individus et les modifiant de génération en génération par le fait de l'hérédité. La classe des dégénérescences par intoxication est une des plus nombreuses : l'histoire des toxiques est souvent celle des malheurs de l'humanité ; ce sont l'alcool né de la recherche des panacées, le haschisch ramené d'Orient par les Romantiques, l'opium poison de l'Asie, le tabac importé d'Amérique. La mauvaise alimentation, cause des épidémies d'ergotisme ou de pellagre du moyen âge, le climat, la constitution géologique du sol, les miasmes palustres, la misère agissent aussi sur la race, surtout dans les agglomérations, où l'effet de ces causes est décuplé. Toutes ces pages, qui résument l'étiologie de la dégénérescence, sont riches en matériaux historiques ; elles ont été analysées et critiquées en détail par Génil-Perrin en 1913, dans sa thèse sur *l'Histoire de l'Idée de dégénérescence*.

Le traité de médecine mentale de 1860 débute par un historique raisonné de cette science, emprunté fréquemment aux recherches de Trélat et de Calmeil. Dès les premières pages, Morel retrouve dans les préceptes de Pythagore et de Platon le but qu'il s'était proposé dans le traité des Dégénérescences, « la prophylaxie des troubles de la raison ». Il ne poursuit plus cet exposé en philosophe, mais en médecin, et c'est à ce titre qu'il s'élève contre « cet ordre de recherches » (les études philosophiques) qui a tant occupé « l'esprit médical en Allemagne, et qui a imprimé aux spécialistes français une direction qu'il est temps de quitter ».

Les trois ordres de faits étudiés par l'histoire de la médecine : les doctrines médicales, les affections épi-

démiques, et l'influence des doctrines sur le traitement forment un tout indivisible. Toutefois, dans l'étude des affections épidémiques, il pense avec Trélat que les aliénés peuvent contagionner d'autres personnes et qu'il faut éviter de généraliser le diagnostic de folie.

Morel, dans cette suite de travaux, mû par cet esprit pratique qui caractérisait l'école psychiatrique française au début du xix^e siècle, n'avait jamais oublié que les spéculations les plus hautes restaient stériles si elles n'étaient pas suivies de réalisations. Aussi son influence s'est-elle exercée bien au delà de sa vie et nous pouvons dire que notre œuvre moderne de prophylaxie mentale n'existerait peut-être pas sans le *Traité des Dégénérescences*.



Les noms d'Ulysse Trélat, de Calmeil et de Morel méritent d'être conservés, comme ceux de maîtres dont les travaux forment une Histoire de la psychiatrie si complète que nous ne pouvons plus y ajouter que des détails. Trélat reprit la question au point où l'avaient laissée les commentateurs de la Renaissance, mais son exposé clair, ordonné, équitable est bien supérieur aux recueils d'observations de ces vieux maîtres, premiers essais d'une histoire de la médecine mentale.

Calmeil, reprenant les méthodes d'enquête scientifique d'un Philippe Hecquet sur l'épidémie des convulsionnaires, les a perfectionnées et complétées par une riche documentation. Aujourd'hui même ses « Recherches sur la Folie » sont toujours aussi vivantes, et continuent d'être une mine précieuse pour qui aborde l'histoire des folies collectives.

Morel a tiré de ses travaux, auxquels il a ajouté ses études sur les philosophes antiques avec Morin, et sur l'école « psychique » allemande avec Lasègue, une véritable philosophie de l'Histoire de la Médecine mentale, mais une philosophie tendue tout entière vers l'action et qui dominera, pour de longues années encore, nos efforts vers une thérapeutique plus rationnelle des affections mentales.

Documents Cliniques

PSYCHOSES GUÉRIES

SOUS L'INFLUENCE D'UNE MALADIE INTERCURRENTÉ

Par M. G. NAUDASCHER

On a remarqué depuis fort longtemps les heureux effets que peuvent provoquer sur les psychoses les maladies intercurrentes ou les suppurations spontanées : l'érysipèle, la pneumonie, le paludisme ont déterminé parfois l'atténuation ou même la guérison de certains troubles mentaux.

Divers auteurs ont trouvé dans ces constatations cliniques une indication thérapeutique, ils ont obtenu dans certains cas des résultats intéressants en produisant un état fébrile par des inoculations de cultures microbiennes atténuées, par des injections de toxines, de nucléinate de soude, de peptone, ou encore, en utilisant l'action sur l'organisme de certaines diastases leucocytaires développées par la formation des abcès de fixation.

Toutefois il y a lieu de remarquer que dans la plupart des psychoses favorablement influencées par une maladie intercurrente, il s'agit de formes mentales qui ne s'accompagnent pas d'altérations organiques définitives : en effet, les observations que l'on trouve dans la littérature médicale concernent surtout des malades confus ou mélancoliques.

Dans une communication devant la Société Clinique de Médecine Mentale(1), M. Leroy a montré la disparition de tout symptôme catatonique trois semaines

(1) *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, avril 1922.

avant la mort par tuberculose aiguë. Cette constatation est d'autant plus importante qu'elle s'applique à une maladie dans laquelle plusieurs auteurs ont récemment décrit des lésions cérébrales que l'on tend à considérer comme spécifiques.

Il m'a paru intéressant de présenter deux cas de guérison que j'ai pu observer, à l'occasion de maladies intercurrentes, dans deux formes mentales pour lesquelles le pronostic est habituellement très grave.

OBSERVATION N° I. — C... Marie-Louise, servante d'hôtel, âgée de 31 ans, est entrée à l'Asile de Pau le 23 mai 1916. Les troubles mentaux ont débuté pendant une fièvre typhoïde grave survenue en décembre 1915.

A son arrivée à l'Asile, la malade est très bien orientée, elle proteste violemment contre son internement et s'indigne d'avoir été enfermée car elle n'est pas folle.

Les idées délirantes ne présentent aucune systématisation : son père l'a fait interner pour se débarrasser d'elle ou pour plaire à quelqu'un, le docteur M..., de Cauterets, lui a envoyé des courants électriques pour faire des expériences ou pour faire plaisir à son père, le curé X... a dérobé une somme d'argent qui lui était destinée, elle l'a entendu dire, mais elle ne peut préciser ni le montant de cette somme, ni son origine, elle s'irrite dès que l'on insiste pour avoir quelques explications.

Les divers troubles psycho-sensoriels qui accompagnent son délire entretiennent aussi son agitation et son irritabilité : on l'appelle boche, on la confond avec une autre blonde qui dépense beaucoup d'argent et doit être Allemande. On lui reproche d'avoir fait une fausse couche, elle entend des sifflements de serpents.

Elle a vu des éclairs provoqués par des courts-circuits ; pendant sa fièvre typhoïde, elle a aperçu une sorte d'appareil comme une grosse lampe électrique qui faisait des éclairs.

Elle ressent fréquemment des piqûres sur tout le corps et sur la tête, elle est persuadée qu'il y a un appareil dans la maison où elle habitait : « si on la démolissait on trouverait la source électrique, la vraie source doit être à la grotte de Lourdes, le propriétaire de sa maison est de là ».

Cet état mental s'accompagnait en outre d'une indifférence affective et émotionnelle très nette qui rendait très

probable le diagnostic de Démence Précoce à forme paranoïde. La désagrégation psychique s'accroissait peu à peu, ainsi que l'on pouvait le constater dans ses paroles et dans ses écrits.

Le 2 août 1916, la malade adressait au Maire de Pau une lettre de quatre pages, dans laquelle elle rappelait qu'elle était la fille d'une ancienne servante de l'Hôtel des Voyageurs à Gèdre, près Gavarnie, elle racontait qu'elle était la condamnée des docteurs, la tuberculeuse lente, qu'on la considérait comme sorcière en lui donnant le régime des folles, tandis qu'elle voudrait un peu de vin ordinaire.

Dans le cours de l'année 1917, la malade, toujours délirante et hallucinée, se plaignait d'être électrisée ; dans une lettre adressée à son père, le 16 juillet 1917, elle déclarait qu'une Allemande recevait des lettres à son nom, qu'elle était mariée : « tu sais que je suis ta fille et que sans me vanter je suis très intelligente, tu sais que mon mari est affreux. Vers le mois de mars, mon mari est venu me voir, et je crois que tu seras grand-père au mois de décembre. »

En juin 1918, Mlle C... nous déclarait au cours d'un examen : « Je suis princesse d'Orléans, on me prend pour une putain et une indigente. » Dans de nombreuses lettres on pouvait suivre l'aggravation progressive de l'état mental, lorsque la malade présentait, en décembre 1918, une broncho-pneumonie tuberculeuse, avec température élevée et état général grave.

A partir de ce moment, l'état mental fut complètement modifié : pendant la période aiguë, la malade, auparavant agitée et incohérente, se laissa traiter très docilement et ne parla plus de son délire. Pendant toute la convalescence, qui dura plusieurs mois, nous avons pu constater qu'il s'agissait véritablement d'un changement complet ; C... Marie-Louise reconnaissait l'absurdité de ses idées délirantes, elle se rappelait avoir ressenti des piqûres et croyait que cela provenait d'un appareil électrique, elle se montrait douce et affectueuse envers les infirmières qui la soignaient.

Par contre, l'état physique devenait de plus en plus mauvais, l'amaigrissement s'accroissait, l'expectoration purulente indiquait la progression des nombreux foyers de ramollissement des deux sommets.

Le 5 mai 1919, la malade, complètement guérie de ses troubles mentaux, quitta l'Asile pour se rendre auprès de

son père et se soigner dans son pays, espérant bien se rétablir complètement.

Nous avons pu savoir par M. C... lui-même que les troubles mentaux n'avaient pas reparu, mais que, malheureusement, sa fille était décédée le 4 avril 1920 des suites de son affection pulmonaire.

OBSERVATION N° 2. — B... Jean-Louis, jeune soldat réformé, âgé de 21 ans, est entré à l'Asile de Pau le 13 novembre 1916, venant de l'Asile d'Auxerre, où il avait été placé par l'autorité militaire depuis le 26 juin 1915.

Le diagnostic de Démence Précoce porté dans plusieurs certificats paraît complètement justifié.

A son entrée à l'Asile, le malade était agité, incohérent et complètement désorienté, il présentait un syndrome de Ganser très net. On constatait fréquemment des accès de rire, le malade parlait seul et gesticulait sans s'intéresser à ce qui l'entourait. A certains moments il paraissait halluciné, il entendait le Kaiser, Dieu et la Sainte Vierge qui lui disaient de ne pas avoir peur. A d'autres moments, le malade se tenait immobile dans un coin, les yeux fermés, et ne répondait à aucune question ; il se montrait fréquemment violent et impulsif.

Cet état persista sans modification pendant deux ans, lorsque le 28 novembre 1918, nous pûmes constater, à l'occasion d'une broncho-pneumonie d'origine grippale, une transformation de l'état mental. B... Jean-Louis se laissa soigner docilement, parut reprendre conscience et manifesta un vif désir de revoir son père, mais il ne se rappelait que très imparfaitement tout ce qui s'était passé pendant son séjour à l'Asile d'Auxerre et à l'Asile de Pau.

L'état physique étant devenu très précaire, le 6 décembre 1918, Jean-Louis fut emmené par ses parents, qui ne voulaient pas le laisser mourir à l'Asile.

Nous nous attendions à recevoir dès le lendemain l'annonce du décès de notre malade en raison de la gravité de son état, à laquelle devait s'ajouter la fatigue d'un transport en automobile de Pau à Oloron.

Nous avons eu au contraire la surprise d'apprendre que, malgré toutes nos prévisions, la guérison avait pu survenir et que, les troubles mentaux n'ayant pas reparu, notre malade avait repris son ancien métier.

J'ai pu savoir encore tout récemment (28 février 1923) que B... Jean-Louis est toujours à Oloron, chez ses parents, où il travaille régulièrement et ne paraît présenter aucun désordre mental.

Dans la première observation il paraît important de signaler la disparition des troubles mentaux survenue après trois années de l'évolution d'une psychose généralement incurable.

De même il est remarquable de constater que l'heureuse modification de l'état psychique a pu persister pendant 15 mois et que peut-être elle aurait pu se prolonger davantage.

Dans la deuxième observation, doit-on infirmer le diagnostic de démence précoce en présence d'une guérison aussi complète et admettre plutôt qu'il s'agissait d'un état confusionnel simple ?

Pendant 41 mois à l'Asile de Pau nous avons constaté que le malade désorienté ne faisait aucun effort pour se ressaisir et ne s'inquiétait nullement de son état ; de plus, les stéréotypies de mouvements et d'attitudes, le négativisme, l'incohérence des propos et l'indifférence affective et émotionnelle nous ont paru très caractéristiques.

Il est fort possible que le malade de notre deuxième observation présente un certain déficit intellectuel que nous regrettons de n'avoir pu apprécier, mais qui, toutefois, doit être assez peu marqué puisque, d'après nos renseignements, B... Jean-Louis a repris son métier de peintre en bâtiments et qu'il s'acquitte très bien de sa tâche depuis plus de quatre ans.

De toute façon, les heureuses modifications survenues dans l'état psychique à l'occasion d'une maladie intercurrente confirment le puissant intérêt thérapeutique qui pourra résulter de l'action sur l'organisme d'une infection artificielle dont on saura doser la nocivité.

A PROPOS D'UNE PSYCHOSE PASSIONNELLE

Par M. MIGNARD

A la séance de janvier dernier de la Société Médico-Psychologique, M. de Clérambault a discuté le titre et le principe d'une communication sur « une psychose passionnelle ». La lecture du compte rendu de cette séance me fait voir la nécessité de répondre à certaines parties de l'argumentation dont je n'avais pas, sur le moment, aperçu toute la portée.

La théorie, à peine esquissée, des « psychoses passionnelles » est tellement éloignée des opinions émises par M. de Clérambault sur les « délires passionnels » que je n'avais pas cité les travaux de notre collègue pour éviter le vain exposé d'oppositions radicales.

Au point de vue psychiatrique, j'ai considéré la passion comme la cause véritable d'un développement psycho-pathologique. Cette passion ne me semblait pas fatalement inscrite dans le tempérament du sujet. Explicable en partie par le caractère, sans doute, mais aussi par les circonstances, et surtout par l'acquiescement et l'accoutumance à de funestes habitudes mentales, elle me paraissait traduire essentiellement la soumission de la spontanéité psychique à l'emprise de l'affectivité, progressivement tyrannique. Je ne la voyais pas dépendante elle-même, comme dans la conception de M. de Clérambault, d'une formule originairement psychopathique, ce qui rendrait fort vaine la « psychogénèse » des troubles par elle expliqués. Aussi bien M. de Clérambault limite-t-il les « délires passionnels » à deux ou trois subdivisions des délires des dégénérés. Il me semble, tout au contraire, que le délire systématisé chronique, explicitement retranché par Magnan des psychoses dégénératives, est sans doute le type le plus accompli des « psychoses passionnelles ».

Au point de vue psychologique, M. de Clérambault donne de la passion une définition fort étroite, et, me semble-t-il, arbitraire. Il veut qu'elle conduise à des « actes » et soit essentiellement sthénique. Je demanderai simplement aujourd'hui si la paresse réalise un sentiment vraiment sthénique, ou si, ne le pouvant, elle se révèle incapable de constituer une passion ?

Quoiqu'il en soit, nos deux conceptions sont profondément différentes. Leur seul point de contact se trouve, en définitive, dans l'emploi du mot « passionnel » pour désigner un état plus ou moins psychopathique ou susceptible de le devenir. Mais il est bien difficile de s'occuper de psychiatrie, et plus encore de psychologie, sans envisager quelque jour cette capitale donnée. Pour citer un seul exemple dans les travaux contemporains, M. Dide publiait son bel ouvrage sur les « Idéalistes passionnés » avant que M. de Clérambault eût replacé ces questions dans le « domaine commun ». Et s'il fallait en faire un historique, nous devrions remonter bien haut. Plus haut que l'école Cartésienne et ses célèbres études. Plus haut qu'Aristote et Platon. Cette enquête nous conduirait aux sources mêmes de la tradition, car de tout temps l'on a remarqué les rapports de la passion avec l'aliénation mentale. Il est naturel que la psychologie et la psychiatrie contemporaines reconnaissent à leur tour ces antiques vérités.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 26 AVRIL 1923

Présidence de M. ANTREAUME, Président

Assistent à la séance : MM. Allamagny, Beaussart, Collet, Demay, Guiraud, Minkowski, Porot, Rayneau, Vernet, membres correspondants.

Lecture du procès-verbal de la séance d'avril. A propos du procès-verbal, M. le Professeur Claude, en son nom et au nom de MM. J. Tinel et Santenoise, répond à la communication présentée par M. Marchand sur le réflexe oculo-cardiaque dans l'épilepsie. Il apporte le résultat des recherches qui ont été faites dans son service sur le même sujet. Ce travail paraîtra à titre de mémoire dans les *Annales Médico-psychologiques* avec la réponse de M. Marchand. Le procès-verbal est ensuite adopté.

M. Henri COLIN, secrétaire général. — La correspondance manuscrite comprend :

une lettre de M. Briand qui prévient la Société que le monument élevé à la mémoire du D^r Magnan sera inauguré le 6 juin prochain à 4 h. 1/2, sous la présidence de M. Strauss, Ministre de l'Hygiène.

une lettre de M. Meige qui invite la Société Médico-psychologique à la réunion annuelle de la Société de Neurologie.

une lettre de M. Bussard posant sa candidature à la place vacante de membre titulaire. Je rappelle que M. le D^r Rodiet est également candidat. Une commission est nommée pour examiner les titres des candidats. Elle est composée de MM. Capgras, Laignel-Lavastine, Revault d'Allonnes, Semelaigne, Truelle.

une lettre de M. Louis Parant qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant.

Commission nommée : MM. Vallon, Pactet, Leroy, rapporteur.

une lettre de MM. Henri Colin et Gilbert Robin ainsi conçue :

Dans la rédaction de tout certificat médical d'internement figure l'élément indispensable : l'énumération du syndrome mental.

La plupart des médecins font mention des signes organiques quand ils les croient de nature à éclairer le diagnostic.

Toute une série de recherches biologiques, chimiques, voire physiologiques est couramment pratiquée par le clinicien. Elles sont particulièrement utiles au diagnostic dans la paralysie générale, la syphilis cérébrale, les démences organiques. Pourquoi leurs résultats sont-ils si rarement reportés sur les certificats ?

Prenons l'exemple de l'intervention la plus répandue : la ponction lombaire dans la maladie de Bayle. Nous l'avons vu répéter dans un laps de temps très court par les différents médecins chargés d'examiner un malade : le syndrome clinique ne permettait pas à lui seul de poser le diagnostic. Les résultats de la rachicentèse antérieurement pratiquée n'avaient pas été enregistrés sur les certificats. La ponction lombaire est une opération souvent douloureuse par elle-même et par ses conséquences. Renouvelée à brève échéance, elle peut n'être pas sans danger.

Nous voudrions servir l'intérêt du malade et faciliter la tâche du médecin.

Aussi proposons-nous à la Société Médico-psychologique d'émettre le vœu :

Que, dans la rédaction d'un certificat médical d'internement, figurent à côté de l'énumération des symptômes morbides, les résultats des réactions humorales, chimiques et biologiques, si leur recherche a été jugée utile par le médecin et s'il croit ces résultats de nature à éclairer le diagnostic.

Nous demandons, dans le cas où ce vœu serait adopté, la communication de son texte au sein des diverses Sociétés médicales.

M. ANTHEAUME. — Quoique la rédaction d'un certificat médical aux fins d'internement doive porter au principal sur l'énumération des troubles objectifs ou subjectifs qui conditionnent la mesure médico-légale ou médico-sociale dont il s'agit, je crois en effet qu'il ne peut être qu'utile, dans l'intérêt du malade, d'éclairer le médecin traitant par l'énumération des résultats des renseignements des réactions humorales, chimiques et biologiques qui sont à la connaissance du médecin certificateur. Il n'est pas d'usage qu'il en soit ainsi, mais c'est une règle de conduite qui devrait être recommandée. Je propose en conséquence à la Société d'acquiescer à la proposition de vœu qui lui est faite.

M. CLAUDE fait observer qu'il serait utile de communiquer ce vœu à la *Société médicale des Hôpitaux*.

Le vœu de MM. H. Colin et Robin, avec l'addition de M. Claude, est adopté à l'unanimité.

Evolution délirante d'un symbolisme préalablement adapté chez une schizoïde constitutionnelle

Par MM. HENRI CLAUDE et A. BOREL

Au cours d'une précédente séance de cette même Société nous avons rapporté l'observation d'une malade de notre service, présentant un syndrome hébéphrénique atypique (1), difficile à classer dans les cadres habituels de la nosologie psychiatrique. Et nous nous étions efforcés de montrer qu'il s'agissait là d'un état constitutionnel que nous rattachions au groupe des états schizophréniques, selon la conception de Bleuler. Il nous semblait, en effet, impossible d'appliquer au cas de notre malade le terme de Démence précoce, puisqu'on ne pouvait déceler chez elle aucune trace d'affaiblissement intellectuel malgré une très longue évolution. Et nous pensions qu'il convenait, pour ca-

(1) « Une curieuse discordante. » *Société Médico-psychologique*, séance de février 1923.

racteriser de tels états de dissociation de la personnalité et des tendances, d'abandonner la terminologie usuelle, et d'envisager un terme nouveau, celui de psychose discordante (Chaslin) ou d'état schizophrénique (Bleuler) par exemple, nous paraissant beaucoup mieux adapté. La malade que nous allons vous présenter aujourd'hui nous semble justifier encore cette manière de voir, et c'est pourquoi nous avons jugé intéressant de vous en soumettre le cas.

Voici tout d'abord l'histoire de cette malade :

Blanche D... a 48 ans. Elle est entrée à Ste-Anne le 10 février 1923. Elle fut arrêtée à la suite des plaintes de son propriétaire qu'elle refusait de payer depuis déjà plusieurs années. Les explications qu'elle donna à cette occasion, jointes aux renseignements fournis par les voisins sur sa conduite, sur ses habillements étranges parurent tels qu'elle fut amenée à l'Infirmerie spéciale où le certificat suivant fut dressé par M. de Clérambault : « Psychose atypique sous forme de Démence partielle manifestée spécialement dans le domaine de la direction, du jugement et du langage écrit, sans troubles correspondants du domaine affectif, ni de l'idéation courante, et sans périodes antécédentes de vésanie proprement dite. Vague mégalomanie. Isolement avec idéologie ambitieuse. Talent énorme : elle dirige la mode. Graphorrhée avec incohérence verbale. Sujets grandioses, assonances, allitérations. Symbolisme. Mots nouveaux ou à sens hermétique : le Double-huit, le cinq. Dessins à sens caché. Explications inconsistantes et constamment contradictoires avec débit aisé et satisfaction. Néologismes créés en notre présence. Aisance, incurie, affectuosité. Depuis des années inactivité, recours systématique à la charité. Ecrits et dessins sans but. Talent de dessin réel et spontanément développé, semblerait-il, vers 32 ans (solitude morale temporaire). Seins injectés de paraffine. Lésions consécutives. »

Avant que d'entrer dans le détail des faits mentionnés dans ce certificat, il nous paraît nécessaire de rapporter, au moins dans ses grandes lignes, la vie tout entière de notre malade, nombre de points devant s'éclairer justement par la connaissance des divers événements qui en ont marqué le cours.

Fille de petits commerçants, Blanche D. eut une enfance normale. Intelligente, elle fut une bonne élève à l'école et eut son certificat d'études à 13 ans. Comme elle apprenait avec facilité, ses parents voulurent lui faire préparer le brevet, mais sur sa demande on ne donna pas suite à ce projet, et on la mit en apprentissage chez une couturière. Dès sa petite enfance, en effet, elle avait manifesté le goût le plus vif pour tout ce qui touche à l'habillement. Elle y pensait sans cesse, au point de tomber dans de longues rêveries au cours desquelles elle imaginait les robes qu'elle ferait plus tard. Aussi, dès cette époque, recherchait-elle la solitude, préférant selon son expression : « vivre seule avec ses pensées plutôt que de jouer avec les enfants de son âge ». Souvent on la grondait et on lui reprochait « d'être sans cesse dans la lune ». Mais cela ne la touchait guère et laissant aller son imagination, c'étaient toujours « de nouvelles combinaisons de modes » qu'elle s'efforçait de trouver.

En apprentissage, elle se fit bientôt remarquer par son attention et sa facilité à apprendre son nouveau métier. A 14 ans, elle était capable de faire ses robes et celles de ses sœurs. Et dès ce moment elle ne copiait plus servilement les modèles vus à l'atelier, mais au contraire les transformait, effectuant ainsi une véritable création. Il y avait d'ailleurs toujours une note d'originalité dans tout ce qu'elle faisait ; et même quelquefois plus : ses toilettes faisaient sensation dans le quartier, et parfois, avoue-t-elle, certaines trop hardies prêtaient à rire.

Elle était devenue une excellente ouvrière, lorsqu'à 18 ans, survint un premier choc affectif : un jeune homme lui fit la cour contre le gré de ses parents. Après beaucoup d'hésitations elle devint sa maîtresse, mais aussitôt en conçut un violent repentir, et se jugeant déshonorée, elle décida de s'enfuir à l'étranger. Elle vint ainsi en Belgique, où vivant seule, elle subvint facilement à ses besoins en travaillant dans la couture. Son travail, d'ailleurs, lui était un peu comme une consolation, et, nous disait-elle, c'est en s'y absorbant qu'elle oubliait les mauvaises heures vécues. Revenue à Paris quelques mois plus tard, elle eut la douleur d'apprendre le mariage de son ancien ami. Isolée, déçue, n'osant pas regagner la maison paternelle, une fois de plus elle se réfugia dans « son métier ». Très sérieuse, elle parvint bientôt à s'établir comme couturière à façon et se fit rapidement une clientèle. Ce fut une période heureuse : Ne pensant qu'à son travail, elle s'amusait à inventer de nouvelles dispositions. Les costumes qu'elle

effectuait prenaient ainsi une note d'originalité. Elle voulait même, dès cette époque, qu'à chaque robe correspondît une signification : C'était déjà la tendance au symbolisme que nous verrons plus tard devenir si manifeste. Mais elle savait rester dans des limites raisonnables. Et ce n'était que lorsqu'il s'agissait de vêtements faits pour elle qu'elle donnait libre cours à sa fantaisie.

A 24 ans survint une nouvelle aventure sentimentale. Elle connut un jeune homme, un étudiant, dont elle devint la maîtresse. Ce fut une longue liaison de 14 années. Très éprise et admirant beaucoup son ami qu'elle jugeait très intelligent, elle s'efforçait d'être pour lui une compagne. Et voulant lui démontrer qu'elle savait elle aussi penser, elle se mit bientôt à lui écrire. C'est alors que l'on voit se manifester le symbolisme d'expression qui plus tard se révélera tout à fait pathologique. Elle explique très nettement l'intention qu'elle avait en agissant ainsi et différencie deux manières d'écrire : une qui serait le genre lettre d'affaires : elle en écrivait quelquefois ; et celle-ci, caractérisée par l'emploi (c'est son expression même) de symboles poétiques.

« Un symbole, explique-t-elle, c'est un mot qui fait penser. » « C'est dire en un seul mot plusieurs autres choses. » Elle composait lentement ses lettres, faisait des brouillons, les simplifiait et arrivait ainsi à un texte très beau, mais sans doute d'une certaine obscurité ; puisque son ami lui aurait dû qu'elle était « plus difficile à comprendre qu'un poète symboliste ». Parallèlement elle cherchait à mettre une signification profonde dans les toilettes qu'elle inventait. Elle s'efforçait de leur faire exprimer plus ou moins clairement une allusion à tel ou tel événement de sa vie. C'est ainsi que, manquant d'argent et voulant aller en demander, elle imagina « la robe de la dame qui n'a pas d'argent » : verte et grise, verte : couleur de l'espérance, et grise pour symboliser la détresse. Une autre fois son ami se plaignant de ne pas avoir de chance, elle fit la robe de la guigne..., etc., etc. Tous ces costumes étaient naturellement pour elle. Pour les clientes, elle savait bien que cela n'aurait pas plu, et ne proposait que des dispositions normales avec cependant une note d'originalité, mais jusque-là parfaitement tolérable. Elle était d'ailleurs fort appréciée de tous ceux qui l'employèrent. Plusieurs fois elle fut prise en qualité de première dans de grandes maisons. Là elle s'occupait à faire les modèles. C'était aussi bien la seule fonction qui lui convint. Suivre les idées des autres lui était un supplice. Et elle n'aimait pas,

non plus, un modèle étant créé, le reproduire plusieurs fois pour différentes clientes. La besogne matérielle l'irritait. C'était une tâche subalterne, bonne pour de simples ouvrières. Elle voulait être plus que cela, et ne s'intéressait qu'à l'idée même. Il n'est pas étonnant qu'étant dans de telles dispositions elle n'ait jamais pu rester longtemps dans la même maison. Au bout d'une saison, en général, on la remerciait. Et souvent, ajoute-t-elle, on se servait ensuite de certaines dispositions imaginées par elle. « En somme, conclut-elle, je ne restais que le temps de me faire voler mes idées. »

Vers l'âge de 35 ans, une nouvelle déception sentimentale survint dans sa vie. Elle se brouilla avec son ami. Elle paraît bien avoir beaucoup souffert du sentiment de solitude morale produite par la rupture de sa liaison et il semble que cette influence n'a pas été étrangère au développement de plus en plus marqué de cette tendance à la rêverie dont nous avons déjà parlé. Dès ce moment, d'autre part, quelques idées de grandeur consolantes paraissent également s'être ébauchées, plus ou moins consciemment d'ailleurs. Blanche sentait qu'elle n'était pas une couturière comme les autres et son métier lui apparaissait bien plus comme un art que comme un métier. Ne se plaisait-elle pas, en effet, à imaginer sans cesse de nouvelles créations ? Elle était donc une sorte d'artiste. Et le plaisir de se juger ainsi au-dessus des autres la consolait (1). Cependant elle voulait quelque chose de plus. Ayant vu une jeune femme qui faisait des dessins de modes, elle pensa qu'elle-même serait capable d'en faire autant et même mieux. N'avait-elle pas des idées originales, alors que tant d'autres se bornent à recopier ce qu'ils voient ? Bientôt elle connut que c'était là sa véritable vocation. Et elle se mit à suivre des cours de dessin dans des écoles populaires d'abord, dans des ateliers plus tard. Il est curieux de constater qu'effectivement elle fit de rapides progrès. Au bout d'un an, elle en savait assez pour composer à son tour des modèles qu'elle alla soumettre à divers grands couturiers. On lui en acheta. Elle se fit ainsi de nouvelles ressources, et arriva à gagner de 150 à 200 fr. par mois. Elle négligea alors progressivement la couture proprement dite, besogne purement matérielle, et vécut en partie de la vente de ses dessins. Ce

(1) Il nous paraît intéressant de noter qu'à cette même époque notre malade se fit injecter les seins avec de la paraffine, « parce qu'ils tombaient ». Elle voulait être belle, sculpturalement belle — plus que les autres.

n'était pas très rémunérateur sans doute, mais il lui importait peu d'être riche. Son art lui suffisait. D'ailleurs à aucun moment de son existence elle n'avait désiré gagner de l'argent. En un certain sens, on pourrait dire que son adaptation à la vie, à la réalité fut toujours un peu déficiente. Dès le jeune âge nous avons vu se montrer, plus ou moins vivement, ce désintérêt des choses pratiques, avec au contraire une tendance à fuir dans une sorte de vie « autistique ». A mesure que les années vont passer, que les déceptions se multiplieront, ce détachement deviendra plus manifeste. Et en même temps, nous verrons évoluer sa pensée vers une forme plus abstraite, et plus symbolique.

C'est seulement au cours de l'année de 1915 que cette évolution commença de prendre un aspect pathologique. Jusqu'à-là, Blanche vivait à peu près normalement, et gagnait de quoi subvenir à ses besoins. Il faut signaler, toutefois, qu'à partir de 1910 étaient survenus quelques écarts de conduite, qui manifestaient peut-être déjà un changement lentement progressif. Sa liaison qui avait repris après une brouille d'un an s'était terminée dans l'indifférence. Elle avait pris un autre amant vite lâché, puis ce furent encore d'autres aventures, toutes très brèves, sans lendemain. « L'amour, disait-elle, ne l'intéressait plus. » Et d'ailleurs elle ne rencontrait pas d'hommes « conformes à son idéal ».

En 1914, du fait même de la guerre, la plupart des maisons pour lesquelles Blanche travaillait fermèrent leurs portes momentanément, ou du moins durent restreindre leur production. Il en résulta pour elle une très grande difficulté à gagner sa vie. Et ce fait, joint à l'émotion légitime causée par les événements militaires, paraît bien avoir marqué l'apparition des troubles nets que maintenant nous allons voir se dérouler. Se trouvant presque sans ressources, il ne lui vint pas l'idée de redevenir simple ouvrière. Au contraire, elle continua de dessiner des modèles. Mais désormais une originalité excessive apparaissait dans ses conceptions. Si bien que ses anciens clients eurent tôt fait de l'éconduire sous divers prétextes. Elle tomba ainsi dans une extrême misère. Et dès lors commence toute une nouvelle période, où toutes les tendances que nous avons tâchées de mettre en évidence s'accroissent, s'hypertrophient en quelque sorte, et qui est caractérisée surtout par une perte de contact de plus en plus marquée avec la réalité. Grâce à quelques secours donnés par la mairie, Blanche parvenait à subvenir à ses besoins les plus pres-

sants. Mais cela lui importait peu, en somme. S'absorbant dans ses rêveries imaginatives, elle ne voulait plus vivre que « pour son art ». Chaque jour sa confiance en sa valeur s'accroissait. L'évolution vers les idées de grandeur se précisait. Elle sentait qu'elle était une grande artiste, et s'en rendait compte en comparant ses conceptions avec celles des autres. Des idées nouvelles lui venaient sans cesse, et négligeant de plus en plus les usages habituels, elle s'efforçait vers un symbolisme qui devenait plus abstrait. D'autre part, se rappelant les lettres écrites jadis à son ami, elle pensa à en composer de nouvelles qu'elle enverrait aux soldats du front, « afin d'élever leur moral ». C'était une tâche difficile et nécessitant un long travail. Elle faisait de nombreux brouillons, chaque lettre lui demandait des semaines. Puis elle les mettait à la poste, les adressant à un correspondant quelconque. Elle savait que la censure ouvrait les enveloppes. Donc on lirait ses lettres et les ayant admirées on les ferait lire à tous les soldats du front. Lettres et dessins furent ainsi sa seule occupation et son seul but. Mais en agissant de la sorte elle sentait qu'elle servait son pays, et qu'elle contribuait à sauver la France. Elle était donc une sorte de Jeanne d'Arc. Ainsi naquit en elle cette idée qu'elle doublait l'héroïne lorraine. Et elle la matérialisa dans un dessin, puis dans un costume : le Double-deux. Cela ne suffisait pas. Etant poète et artiste, elle en vint à considérer que non seulement elle doublait mais triplait Jeanne d'Arc : de là, la robe Double-trois. Puis ce furent d'autres symboles, le mouchoir de la France, le mouchoir du Nouveau-Monde, etc. Elle fabriquait robes et mouchoirs avec des morceaux d'étoffes récoltées au cours de sa vie de couturière ou même ramassées dans des boîtes à ordures.

Consciente de la grandeur de son art et de l'utilité de sa tâche, elle vivait heureuse, indifférente aux privations de toutes sortes qu'elle devait supporter. Absorbée en effet dans sa vie intérieure, dans un « autisme » de plus en plus prédominant, et de plus en plus éloigné de la réalité, elle sentait à peine sa vie misérable. Complètement dénuée de ressources, elle alla jusqu'à ramasser des croûtes de pain dans la rue et des légumes avariés sur les marchés. Cependant ses conceptions s'enrichissaient, et se consolant par ses rêveries de ce que la vie présente ne lui donnait pas, elle devenait une « très grande artiste » qui « se dévouait à son art ». Elle s'étonnait seulement de voir qu'on ne favorisait pas davantage son talent. Ne payant pas son loyer depuis le début de la guerre, elle

considérerait que c'était à juste titre. N'était-ce pas le moins que l'on pût faire pour une telle artiste ? D'ailleurs ses dessins, ses modèles, ses robes même, elle ne songeait plus à les vendre. Ils étaient trop beaux, trop riches de signification profonde. Elle les gardait chez elle et à sa mort elle les lèguerait à la France. Toute une série de nouveaux vêtements avaient été entrepris. Avant elle s'était arrêtée au double-trois, maintenant elle créait le double-quatre, le cinq, le huit, etc., etc. Chaque événement devenait matière à une nouvelle symbolisation.

Elle fut très étonnée lorsqu'à la fin de 1921, devant son refus de payer les termes qu'elle devait, son propriétaire la menaça d'expulsion. Elle refusa de croire aux exploits d'huissier qui lui furent plus tard envoyés, ne répondit à aucune convocation. Finalement une plainte fut déposée contre elle, qui amena, comme nous l'avons déjà dit, son envoi à l'Infirmerie spéciale.

C'est dans ces conditions que Blanche D. est entrée le 10 février 1923 dans le Service de la Clinique. Depuis cette date elle s'est toujours montrée une malade calme, lucide, acceptant de bonne grâce son internement. Parfaitement orientée, elle sait pourquoi on l'a dirigée sur Ste-Anne et en raconte correctement les circonstances. Au cours des nombreux interrogatoires que nous lui avons fait subir, elle s'est toujours montrée capable de soutenir une conversation suivie, faisant des réponses pertinentes et souvent parfaitement adaptées. Nous n'avons jamais constaté de néologismes. Sa mémoire est bonne, tant pour l'évocation des souvenirs anciens que pour la fixation des faits récents. L'attention paraît suffisante et elle s'est toujours bien tirée des différentes épreuves auxquelles nous l'avons soumise. L'affectivité est normale. On ne décèle pas, enfin, de troubles très nets du jugement et du raisonnement, sauf, naturellement, en ce qui concerne l'appréciation de sa conduite durant ces dernières années : Blanche se croit toujours une grande artiste, et pense qu'elle a comme telle un rôle à remplir. Elle reste persuadée que l'on n'a pas su reconnaître sa valeur et que l'on a eu tort de la chasser de son logement, malgré qu'elle n'en payât point les termes, parce que s'étant dévouée à l'Art et au Beau, la société reconnaissante se devait

de lui assurer sa vie matérielle. Ces idées, du reste, ne sont pas exprimées sous une forme acerbe, et n'entraînent aucune revendication. C'est une constatation que la malade fait : Elle s'étonne qu'il en soit ainsi, et acceptant son sort, se trouve en définitive mieux à l'asile que chez elle. Elle a d'ailleurs bien autre chose pour la consoler : ses longues rêveries, ses écrits et ses dessins auxquels elle consacre presque toute son activité. Depuis son entrée, en effet, Blanche a fait de nombreux dessins, et qui sont de deux ordres. Les uns n'ont pas d'autre prétention que de vouloir représenter les traits de telle ou telle malade du service. Ils n'ont rien de particulier, et témoignent d'une certaine habileté. Les autres, ceux auxquels elle donne la plus grande valeur, ont une signification symbolique et sont d'une facture entièrement différente. Il faut avouer qu'il est très malaisé et souvent même impossible de reconnaître le sens de ces productions, malgré même les explications de la malade. Tandis qu'autrefois le lien unissant le symbole au dessin représenté gardait une certaine logique (robe de la guigne par exemple), on ne trouve plus maintenant qu'une association hasardeuse, dépourvue de signification. C'est ainsi qu'elle nous a remis un dessin représentant le « stage qu'elle fait ici » et qui montre une femme correctement dessinée avec un habillement dont les dispositions arrivent à tracer plus ou moins visiblement les lettres s. t. a. g. tandis qu'une partie de la robe renflée figure un œuf, le tout formant : s t a g œuf = stage. Il s'agit bien plus d'un rébus que d'un véritable dessin symbolique. Et l'on voit tout le chemin parcouru.

Dans ses écrits le même trouble va se manifester : aussi bien d'ailleurs dans les lettres écrites à sa famille que dans les sortes de productions poétiques qu'elle nous remet. Dans sa pensée toutes ont la prétention d'être des poèmes, en même temps qu'un commentaire de ses dessins. Lus d'un bout à l'autre ils présentent une incohérence presque absolue. On y remarque de temps en temps des associations par assonances, des tournures bizarres, souvent elliptiques, des mots fragmentés paraissant entièrement dénués de sens. Si on

la prie de s'en expliquer, on voit bientôt que sous l'apparente incohérence se cache une pensée, mais dont l'expression est telle que seule Blanche peut ou croit pouvoir en démêler la signification. Si alors on essaye d'analyser la sorte de méthode qu'elle emploie, on constate un emploi presque constant du symbole. Seulement ici tout mot semble pour elle pouvoir devenir un symbole. Une syllabe suffit même parfois. Et, de plus, il n'y a pas de relation adéquate entre la pensée et le symbole exprimé, si bien que l'on pouvait dire que du symbolisme elle n'a conservé que l'élément formel, que la méthode, sans y faire correspondre la signification appropriée.

Comment classer une telle malade ?

Il nous semble d'abord que l'on peut éliminer le diagnostic de Démence. Les facultés intellectuelles, en effet, paraissent intactes chez Blanche D. Mémoire, attention, affectivité, imagination ne présentent aucun déficit. Quant aux troubles de jugement et de raisonnement, ils sont manifestement en rapport avec les conceptions ambitieuses de notre malade, et d'ailleurs ils n'apparaissent qu'à cette occasion, nullement dans les circonstances ordinaires. Au cours des multiples conversations que nous avons eues avec elle, ses réponses étaient, nous l'avons déjà dit, toujours pertinentes, et correspondaient parfaitement avec son niveau intellectuel. Il s'agit donc bien d'une malade dont le fond mental est conservé, mais qui cependant, depuis près d'une dizaine d'années, s'est montrée incapable de subvenir normalement à ses besoins et a manifesté des troubles nets de l'activité.

On ne saurait également considérer Blanche D. comme une simple délirante à idées de grandeur. Nous nous sommes efforcés de montrer que les conceptions ambitieuses qu'on lui voit émettre ne sont pas un symptôme primitif, évoluant pour son propre compte, mais, bien au contraire, qu'elles apparaissent comme la conséquence d'un trouble plus profond et dont on peut trouver la racine jusque dans l'enfance. Envisagées à leur état actuel, par suite de l'hypertrophie considérable qu'elles ont prise depuis plusieurs années,

elles paraissent dominer la scène. Mais leur genèse que nous avons tâché de mettre en évidence montre manifestement qu'il s'agit là d'un fait secondaire.

C'est pourquoi nous pensons que nous sommes avant tout en présence d'un état constitutionnel, dont l'épisode actuel représente l'aboutissant.

Nous ferons d'abord remarquer que dans les antécédents héréditaires de Blanche on trouve un père original, violent, se livrant souvent à des excès de boisson. Un frère de notre malade, de plus, a fait pendant la guerre des troubles mentaux et mourut à Bicêtre. D'autre part, si l'on veut bien se rappeler le récit que nous avons fait, il apparaît que le développement de l'affection a été lentement progressif et que bien avant la période de troubles manifestes, il existait certains indices, assez frustes sans doute, mais qu'on peut retrouver jusque dans les premières années de la vie de Blanche. Envisagée d'une façon très schématique, on pouvait distinguer trois époques à toute cette évolution. Dans une première période s'étendant de l'enfance jusque vers la 30^e année, la malade, quoique tout à fait normale, montre déjà ébauchée cette tendance constitutionnelle à la rêverie et à l'absorption dans la vie intérieure. Dans son jeune âge elle ne jouait pas comme les autres enfants, et avouait que son plus grand plaisir consistait à « vivre dans ses idées ». En même temps on voit se dessiner le désir de faire autrement que les autres, de se consacrer à un idéal. Néanmoins l'adaptation avec le monde extérieur est largement suffisante et aucun trouble ne se manifeste.

Mais des déceptions surviennent, d'ordre sentimental et professionnel. Une seconde période commence où la perte de contact avec la réalité va s'accroître davantage, et où va se mieux marquer la fuite vers la vie intérieure qui la consolera des déboires apportés par l'existence quotidienne. C'est alors qu'elle apprend à dessiner et réalise ses aspirations d'enfant : elle crée des modèles où elle donne libre cours à son originalité.

Toutefois sa pensée devient plus abstraite, et se détache peu à peu de ses conditions normales. De là une tendance au symbolisme dont l'expression d'ailleurs

reste d'abord suffisamment adaptée. Durant des années son activité n'en est que peu ou pas entravée. En effet, Blanche a conscience de ses tendances, et se rend compte que ses conceptions sont souvent trop excentriques. Elle réserve pour elle ce qui serait trop hardi ou trop incompréhensible, tout en restant persuadée que ce sont là ses plus belles œuvres. Grâce à cette confiance en soi, à cet orgueil, elle parvient à passer au milieu de toutes les déceptions sans presque en souffrir. Le détachement avec la réalité se marque ainsi de plus en plus.

Enfin depuis 1915 une nouvelle évolution se produit et qui paraît consécutive à de nouveaux déboires. Une troisième période commence, que l'on pouvait appeler : période d'évolution délirante, où par leur exagération même les conceptions de notre malade entraînent bientôt une désadaptation presque complète avec la vie réelle. Par le même processus que nous avons tâché déjà de mettre en évidence, Blanche se réfugie de plus en plus dans sa vie intérieure, dans son « monde imaginaire ». La réalité lui devient indifférente, et ne lui apportant en somme que des déceptions, elle la fuit et s'en console par des rêveries imaginatives dont elle est l'héroïne. Ainsi s'édifient ces idées orgueilleuses et ambitieuses dont nous avons parlé. Ainsi s'expliquent aussi cette inactivité et les troubles divers de la conduite qui finiront par amener l'internement de notre malade. Quant au symbolisme jusque-là relativement adapté, il participe à la même évolution, se transforme progressivement pour finalement devenir presque incompréhensible et nettement délirant, évoluant en quelque sorte vers une expression de plus en plus abstraite et purement formelle.

Telles nous paraissent avoir été, d'une manière bien schématique sans doute, la marche et la constitution progressive du syndrome présenté par Blanche D. — De tels états de « dissociation » avec discordance entre les manifestations de l'activité intellectuelle sont évidemment connus depuis longtemps, car à des degrés divers et plus ou moins accusés ces états sont relativement fréquents. Mais l'apparition de manifestations

délirantes ou de troubles graves de la conduite avec apparence d'affaiblissement intellectuel, les a le plus souvent fait ranger soit dans le groupe des psychoses dégénératives avec déséquilibre psychique, soit dans celui des états démentiels précoces. Nous pensons qu'une étude plus approfondie de ces cas pourra conduire à une interprétation différente. Pour nous, en effet, il s'agit là d'une disposition constitutionnelle, qui, permettant au sujet une activité normale pendant de nombreuses années, a pu, sous l'influence de facteurs affectifs : émotions et déceptions diverses, entraîner toute une série de troubles liés, d'une façon générale, à une sorte de perte de contact avec la réalité. C'est à des cas de ce genre que l'école de Zurich a appliqué le terme de schizoïdie ou de schizothymie. Nous pensons que l'on peut, au moins provisoirement, conserver cette expression, qui a au moins l'avantage de donner une étiquette à des déformations de l'activité psychique, dont on trouve tous les degrés, depuis les variétés les plus frustes, compatibles avec une existence d'apparence normale, jusqu'aux formes manifestement délirantes avec troubles plus ou moins graves de la conduite, dont notre observation fournit un exemple.

Contribution à l'étude de l'autisme (L'attitude interrogative)

Par MM. E. MINKOWSKI et R. TARGOWLA

Dans un mémoire, publié récemment par l'un de nous en collaboration avec M. Rogues de Fursac, sous le titre « Le rationalisme morbide » (1), nous disions qu'il était nécessaire de préciser davantage la notion du contact avec la réalité et de voir ensuite s'il était possible de différencier les modalités diverses de l'altération de cette fonction importante. L'étude que nous présentons aujourd'hui poursuit le même but. Nous avons l'intention de décrire une forme spéciale sous

(1) *Encéphale*, avril 1923.

laquelle peut se manifester la perte de contact avec l'ambiance ; nous la désignons du nom d'attitude interrogative.

Paul C. est un lycéen, âgé de dix-sept ans. Ses parents nous fournissent les renseignements suivants. Paul s'est développé d'une façon normale. Il réussissait bien dans ses études et manifestait un goût très marqué pour le dessin et la peinture ; il y consacrait tous ses loisirs. Caractère très droit, il était incapable du moindre mensonge. Il avait toujours été plutôt renfermé et fréquentait peu ses camarades. Au point de vue intellectuel, il était bien équilibré ; aimant beaucoup la précision, il cherchait toujours à approfondir les choses ; ce trait particulier était considéré par tous comme une qualité, Paul ayant « l'esprit d'aplomb » et étant même en avance sur son âge. Ses parents étaient souvent frappés par la justesse de son raisonnement. Paul, lui, nous dit qu'il avait toujours eu une certaine prédisposition aux troubles qu'il présente maintenant. Il prétend avoir toujours été très impressionnable ; dès son enfance, il se montrait « maniaque pour ses jouets », comme il dit ; après les avoir mis dans un tiroir, il revenait à plusieurs reprises pour s'assurer qu'ils y étaient encore. A l'école, il aurait été « obsédé par les devoirs », il les relisait maintes fois et pensait, en exagérant fortement, à toutes les conséquences que pourrait avoir une faute faite dans une version. Il mettait ainsi bien plus de temps que ses camarades à préparer ses leçons et n'aurait jamais été heureux dans la vie. Ses parents nous disent cependant que depuis sa maladie il cherche à présenter les choses de façon à se discréditer, à « se jeter la pierre » ; nous sommes obligés pour cette raison de faire certaines réserves au sujet des renseignements qu'il nous fournit sur son passé.

Le début de l'état actuel remonte à neuf mois environ. Paul commence à se plaindre de manque d'énergie et de fatigue morale. Quelque temps auparavant, il semble avoir été préoccupé par des questions d'ordre sexuel ; il interroge son père et lui demande des explications, faisant preuve d'une ignorance complète à ce point de vue. Le dernier trimestre au lycée a été médiocre ; puis il interrompt entièrement ses études. Il commence à cette époque à contrôler ses actes, à s'assurer par exemple, à plusieurs reprises, qu'il avait bien fermé les portes. Tous ses actes deviennent d'une lenteur extrême. Une chose aussi simple,

que mettre un mouchoir sous le traversin, en se couchant, demandera maintenant parfois une heure et plus ; il dit vouloir s'assurer que le mouchoir ne déborde nulle part le traversin sous lequel il a été posé. Une aggravation rapide se produit au cours du mois de janvier ; en faisant sa toilette, il tourne et retourne les boutons de ses vêtements, n'en sort plus ; ses parents se voient, en fin de compte, obligés de l'habiller et de le déshabiller eux-mêmes ; les repas se prolongent indéfiniment ; il inspecte à n'en plus finir plats, assiettes, couteaux et fourchettes ; il passe maintenant des heures entières au cabinet ; en raison de cette attitude, il n'a plus le temps de faire quoi que ce soit.

La conduite de Paul ressemble, de prime abord, à celle d'un phobique ou d'un obsédé ; lui-même parle d'ailleurs de manies et d'obsessions et ce diagnostic est fait lors du premier examen au Dispensaire de Prophylaxie mentale. Le malade est admis dans le service ouvert. Ici une observation plus détaillée nous fait changer d'avis.

Nous constatons tout d'abord que *l'élément émotif fait entièrement défaut*. Paul, en nous décrivant ses troubles, n'est pas angoissé ; il semble être plongé dans une inertie particulière ; on dirait vraiment parfois qu'il nous parle, non pas de lui-même, mais d'une tierce personne. Quand on contrecarre les habitudes morbides de Paul, il garde la même attitude. A la maison, tous les jours, il regarde longuement les trois pendules pour s'assurer qu'elles marquent exactement la même heure ; ses parents recouvrent les cadrans de deux d'entre elles ; Paul ne réagit pas par une crise d'angoisse ; il reste impassible et passe à autre chose.

Le facteur émotif faisant ainsi défaut, il ne saurait être question d'obsessions proprement dites chez Paul. Il devient ainsi nécessaire d'étudier tout d'abord si l'attitude de notre malade diffère par d'autres traits encore de la façon d'être des obsédés vrais, et de voir ensuite si elle peut être rattachée à un autre groupe de faits psychopathologiques.

Nous demandons un jour à notre malade pourquoi il reste des heures entières au cabinet. Voici, transcrit textuellement, ce qu'il nous répond :

« Quand je dois aller au cabinet, je regarde d'abord l'heure pour ne pas rester trop longtemps ; il faut un certain temps pour regarder la montre ; je regarde exactement comment sont placées les aiguilles ; la petite aiguille ne se trouve pas parfois juste au milieu entre deux chiffres voisins, comme ceci devrait être quand c'est la demie ; cette constatation m'offre un sujet de critique. Je regarde ainsi pour être sûr de l'heure qu'il est ; si la petite aiguille est un peu plus loin ou un peu plus près qu'elle ne devrait être, par rapport à la grande aiguille, je ne suis plus sûr de rien ; voilà la chose. Devant l'entrée du cabinet, contre la porte, se trouve un plumeau qui sert à nettoyer le plafond ; je trouve maintenant ce plumeau plus long que d'habitude ; les autres fois, il m'avait paru moins haut ; je sais qu'un objet qui a été vu plusieurs fois finit par paraître moins remarquable qu'au début, mais je me demande tout de même si le plumeau n'est pas devenu plus grand ou plus petit. Chaque fois je le regarde et me pose cette question. Après être entré au cabinet, je ne suis pas sûr d'avoir fermé la porte. Puis je regarde le vasistas et pense à la possibilité d'un courant d'air. Je tire plusieurs fois sur la porte pour m'assurer qu'elle est fermée. Puis, comme la porte se ferme mal, je regarde l'interstice qui reste, de haut en bas ; je regarde si le jour qui filtre à travers cet interstice est de la même intensité que d'habitude ; parfois il me paraît plus sombre ou plus clair ; ceci peut dépendre de l'éclairage, mais alors je veux connaître exactement la différence de ton, comme s'il s'agissait de le peindre. Puis je regarde un petit clou que j'ai remarqué, dès le début, dans la porte ; la peinture est partie du clou, mais il est resté un petit liseré ; je regarde chaque fois si le clou est toujours à la même place et si le liseré est toujours de la même largeur. Je regarde ensuite la porte et me demande si je serai vu ; au fond ça ne me fait rien d'être vu, c'est par principe que je m'en assure et que j'y pense. Il faut que la chose soit faite ou pas faite. Il faut que je sois sûr que la porte est fermée ou ouverte. Puis je pense que la chasse d'eau pourrait fonctionner toute seule et tout inonder ; une chose pareille peut bien se produire.

Cette réponse diffère sensiblement de celle qu'aurait donnée un individu, atteint de l'obsession du doute. Le douteur, angoissé, ne parviendra pas à détacher ses

regards d'un bout de papier, en se demandant s'il n'a pas un document important devant lui et si sa responsabilité ne se trouve pas engagée de ce fait. Chez Paul non seulement le facteur émotif fait défaut, comme nous l'avions dit déjà tout à l'heure, mais encore l'élément personnel s'efface presque entièrement ; les questions qu'il pose concernent avant tout l'ordre objectif des choses, comme l'exactitude de la pendule, la hauteur du plumeau, la largeur du liseré, etc. L'élément « doute » intervient, mais il est loin de dominer la situation ; il ne nous apparaît que comme une des modalités de l'attitude générale de notre malade. Cette attitude d'ailleurs — et ceci est également important — *n'est pas limitée* à un groupe quelconque de perceptions ou d'idées, mais se manifeste invariablement à propos de n'importe quel événement.

Paul nous dit lui-même que « c'est une question de hasard ; s'il touche par hasard à un objet, il est condamné à s'en occuper pendant des heures ». Hier soir, par exemple, un malade a dit incidemment : parlons de « poules » ; lui, alors, a été de suite assailli par une série de questions : sont-ce de mauvaises femmes, des femmes vicieuses, des femmes qui se donnent à tous ? La religion les condamne-t-elle ? Est-ce qu'elles le font pour l'argent ou pour le plaisir des sens ? — Ses parents lui apportent un jour des croquettes au chocolat, il les range dans son tiroir et se demande ensuite si des microbes, des aiguilles ou des pointes ne pourraient se poser dessus, si son faux-col qui est dans le même tiroir ne pourrait les salir, si les objets sont en général bien rangés dans ce tiroir. — Quand il entend ou lit quelque chose, il est « comme condamné » d'avance ; une idée quelconque s'installe dans son cerveau et le tracasse. Il ne peut plus lire du tout. Il s'attache à un mot, à une lettre, et non pas au sens de la phrase. Il regarde s'il y a des points sur tous les *i*, des accents là où il le faut, si les lettres ont toutes la même forme ; puis il cherche l'étymologie d'un mot, un autre mot qui ressemble au précédent, mais qui a un autre sens, lui vient à l'esprit ; ça l'amène enfin à penser à des choses tristes, à ses obsessions ». Un autre jour Paul nous déclare « qu'il s'arrêtera d'interroger quand il aura épuisé toutes les questions », comme si chose pareille était possible.

Le trouble essentiel dont est atteint Paul se précise ainsi de plus en plus nettement : il s'agit d'une attitude morbide par rapport à la réalité en général, *attitude passive, caractérisée avant tout par des questions posées indifféremment à tort et à travers, à n'en plus finir, à propos des objets qu'il voit devant lui ou des idées qui se présentent à son esprit.*

Nous citons encore un exemple. Après avoir passé quatre semaines dans le service, Paul rentre à la maison. Là il harcèle ses parents de questions. Voici ce que Paul nous dit lui-même à ce sujet :

« A la maison, je parle davantage que dans le service, je parle presque tout le temps, je pose sans discontinuer des questions ; ça me fatigue. Ma mère doit répondre toute la journée aux questions que je lui pose ; ça la fatigue aussi. Ces questions concernent les objets que je vois devant moi, ainsi que divers détails de ces objets (Question : pouvez-vous citer des exemples ?). Ainsi je demande à ma mère, si elle change de linge tous les huit jours ; je le demande pour savoir, je suis incité à poser cette question par la comparaison avec la façon dont se passaient les choses dans le service, où on changeait le linge toutes les semaines. Je dois être fixé sur toutes les questions qui se présentent à mon esprit. Lorsque je dois m'asseoir sur une chaise, je veux savoir comment et en quoi elle est faite, en jonc ou en paille, si elle est solide, si elle ne se cassera pas. Il faut bien chercher à savoir *tout* ce qui se présente à notre vue. Quand on s'assied sur une chaise, il semble *logique* de savoir sur quoi on s'assied, de connaître les détails de fabrication. Avant je ne me souciais pas de tous ces détails ; mais maintenant je me pose des questions au sujet de tout ce qui est devant moi et je trouve ça tout naturel. Les enfants le font bien, moi je ne l'ai pas fait étant enfant parce que j'étais trop renfermé. C'est pourquoi je le fais maintenant. »

Cette dernière explication vient s'ajouter probablement au trouble essentiel d'une façon secondaire ; nous l'enregistrons en passant. Ce qui nous intéresse avant tout c'est l'altération profonde du contact avec la réalité que nous constatons chez notre malade ; on dirait vraiment que le seul lien qui le rattache encore aux événements, aux personnes et aux objets de l'ambiance,

c'est le phénomène de l'interrogation. C'est sous cette forme particulière seulement qu'il semble pouvoir enregistrer les excitations qui lui viennent du dehors. Nous parlons dans ce sens d'*attitude interrogative*.

Nous avons tout d'abord l'intention d'employer l'expression « curiosité morbide », ceci parce que l'étude de notre cas nous a été inspirée, en partie, par l'observation de la « Curieuse discordante » présentée dans la séance de février par MM. Claude et Borel, ainsi que par l'opinion exprimée à ce sujet dans la discussion par M. Truelle. La curiosité toutefois implique le désir de connaître quelque chose ; mais un désir pareil se laisse à peine constater chez notre malade ; au fond c'est le fait de poser des questions, d'interroger indéfiniment qui caractérise avant tout l'attitude de Paul ; nous avons préféré, pour cette raison, parler dans notre cas d'*attitude interrogative*.

Un phénomène normal, celui de la question, semble ainsi se libérer des liens qui le rattachent dans la vie à d'autres facteurs et qui lui permettent de remplir son véritable rôle ; il acquiert une autonomie pathologique et détermine l'attitude morbide que nous venons de décrire. Nous parlons dans ce sens de désagrégation de la personnalité par rapport à l'ambiance. Cette expression n'implique ici aucunement l'idée d'un dédoublement ou d'une fragmentation quelconque de la conscience. Nous partageons à ce point de vue l'opinion de M. Mignard (1) et croyons comme lui que cette dernière idée fait violence aux traits essentiels de la vie psychique. Cette façon de voir n'exclut pas cependant la possibilité de parler de désagrégation de la personnalité comme nous venons de le faire, c'est-à-dire en appliquant cette notion aux phénomènes dont se compose la vie de l'être humain, ainsi qu'aux liens qui les rattachent les uns aux autres.

Nous poursuivons notre analyse. Quelle est donc la modification du contact avec l'ambiance qu'exprime l'attitude interrogative ? L'aspect particulier de toute personnalité est déterminé avant tout par ses désirs,

(1) M. MIGNARD. — L'emprise organo-psychique et les états d'aliénation mentale. *Encéphale*, 1922.

par les buts poursuivis, par les décisions prises, par ses actes enfin ; c'est aussi à l'aide de ces facteurs qu'elle cherche à s'intégrer à la réalité, tout en sauvagardant son caractère individuel. Les autres facteurs de la vie semblent de ce point de vue être tous subordonnés à l'activité consciente. Essayons de déterminer dans ce sens la place qui revient au phénomène de la question. Celle-ci a quelque chose d'inachevée en elle puisqu'elle prévoit normalement une réponse qui doit lui succéder ; elle se trouve de ce fait plus éloignée de l'action que l'affirmation, par exemple, cette dernière venant toujours s'intercaler entre la question et l'acte qui peut en découler. C'est ainsi que là où la question acquiert une autonomie morbide et détermine toute l'attitude de l'individu, nous avons l'impression nette d'un *recul*, accompli par rapport à l'ambiance. Notre malade, tout en s'occupant de choses extérieures, ne poursuit plus aucun but réel, il se noie dans des questions ; on dirait vraiment qu'il s'est retranché ainsi sur les positions les plus éloignées de l'action et de la réalité.

Ce recul par rapport à la réalité ne se manifeste pas uniquement dans le choix du phénomène qui détermine maintenant l'attitude de notre malade ; nous le retrouvons également dans la façon dont il pose ses questions et dont il les enchaîne les unes aux autres. La valeur pragmatique des événements et des choses n'existe pas pour lui. Il cherche au fond uniquement à étendre le champ des questions et arrive ainsi à appliquer des normes abstraites là où celles-ci n'ont rien à voir. La précision mathématique, très utile par ailleurs, mène forcément à des conséquences absurdes, si nous en faisons une règle de conduite dans la vie courante. Paul, lui, la recherche partout ; il pousse ainsi jusqu'aux extrêmes limites son attitude interrogative. Il ne laissera plus jamais passer des expressions telles que « chose » ou « machin » sans assommer les siens de questions à leur sujet ; il ne se montrera satisfait que quand ces mots seront remplacés par des expressions plus précises. Avant de se coucher, il se demande longuement si l'oreiller se trouve juste au milieu du lit.

Nous avons vu déjà tout à l'heure quelle importance il attribue à la question, si la petite aiguille d'une montre se trouve exactement à la place qu'elle doit occuper par rapport à la grande, ou si les trois pendules de la maison marquent exactement la même heure. Il inspecte son assiette, y découvre des petits points noirs et se demande s'il s'agit là de défauts de fabrication ou de restes d'aliments ; il essaie alors de les enlever avec sa fourchette et n'en finit plus. Placés dans les mêmes conditions, nous aboutissons très rapidement, après quelques essais, à une certitude empirique et passons à d'autres occupations ; lui continue à gratter indéfiniment son assiette : il se dit que s'il n'est pas parvenu jusqu'ici à enlever le point noir, ceci n'est pas une preuve qu'il n'y arrivera pas la fois suivante. Il accuse ainsi un trouble profond de la pensée empirique qui ne peut s'exercer normalement qu'en restant en contact étroit avec la réalité : celle-ci nous impose à chaque instant des buts nouveaux, limite le temps que nous pouvons consacrer à chacun d'eux et fait ainsi ressortir toute la valeur de la certitude empirique. Il existe une différence énorme entre « être frôlé par une automobile » ou « être renversé par elle ». Paul ne voit là que la différence géométrique, celle de quelques centimètres, celle d'un « cheveu » parfois ; cette différence est si petite qu'il la néglige et, le jour où une auto passe près de lui, il s'occupe longuement de toutes les conséquences qu'aurait pu avoir un accident, comme si celui-ci s'était produit en réalité ; il n'a plus la perspective nécessaire pour apprécier à sa juste valeur la distance énorme qui sépare le monde des possibilités du monde des réalités.

Nous voyons maintenant que la pensée de Paul ne cherche plus à s'intégrer à la réalité ; c'est une forme de la pensée autiste que nous avons devant nous. Elle ne se perd pas ici, il est vrai, dans un monde purement imaginaire, comme ceci arrive fréquemment ; elle s'occupe d'objets extérieurs, mais le fait d'une façon qui est en contradiction flagrante avec les exigences de la vie. Il en résulte un désordre complet dans les actes et dans la conduite du malade. Il ne saurait pour-

tant pas être question d'affaiblissement intellectuel proprement dit. Les parents de Paul viennent confirmer cette façon de voir ; ils sont étonnés de l'entendre parler parfois de choses sérieuses comme auparavant et trouvent même une expression significative pour décrire son état ; on croirait qu'il y a deux personnes en lui, nous disent-ils. Il semble plus justifié de parler ici d'un trouble de l'*auto-conduction*, dans le sens qu'ont donné à cette expression MM. Toulouse, Mignard et Juquelier ; peut-être n'est-il pas non plus déplacé d'employer l'expression : « *affaiblissement pragmatique* », en faisant ainsi ressortir la circonstance que le malade dispose de ses facultés intellectuelles, mais ne s'en sert plus d'une façon conforme aux exigences de la réalité (1). Paul, d'ailleurs, a en partie conscience de son état et ceci ne nous permet pas non plus d'expliquer son attitude par un trouble du jugement, pur et simple. De quelle façon devons-nous alors l'interpréter ? Pouvons-nous pousser encore plus à fond notre analyse psychologique ?

Quand Paul lit, il s'attarde à la forme des lettres, aux points sur les *i*, aux accents, etc., détails qui ont de l'importance quand on fait des épreuves d'imprimerie, mais qui n'en ont aucune quand il s'agit de lire un article de journal. Paul a une traduction à faire ; il recherche un mot dans un dictionnaire, mais il regarde aussi d'autres mots qui se trouvent sur la même page, veut connaître leur signification et s'occupe ainsi de questions qui, pour l'instant, n'ont aucun intérêt immédiat. L'épreuve de M. Rogues de Fursac ne décèle pourtant aucun trouble de l'attention. L'attitude de Paul dépend bien davantage de la circonstance qu'il ne poursuit aucun but précis, il n'établit pas en conséquence, par rapport à ce but, une *hiérarchie* des idées et des images qui se présentent à chaque instant à l'esprit. Quand nous cherchons à atteindre un but nous éliminons tout ce qui va à son encontre ou ce qui offre pour nous moins d'intérêt ; d'autre part, nous sommes toujours prêts à abandonner momentanément

(1) Voir E. MINKOWSKI. — La schizophrénie et la notion de maladie mentale. *Encéphale*, 1921.

le but poursuivi, là où l'ambiance pose d'une façon imprévue un problème nouveau et important devant nous. Il en résulte un certain tonus ainsi qu'une plasticité assez grande de notre activité. Nous pouvons aussi poursuivre une tâche d'une façon discontinue ; nous oscillons entre des moments d'efforts et des moments de détente, sans pour cela renoncer au but que nous avons devant nous. L'attitude de Paul diffère à ce point de vue entièrement de la nôtre ; *il ne situe plus son activité dans le temps* et n'établit plus la hiérarchie des diverses questions par rapport aux exigences du moment présent ; il ne connaît plus ni effort, ni détente. Tout a la même importance pour lui, nous dit-il ; on s'instruit également en regardant dans le dictionnaire le sens d'autres mots que celui dont on a besoin pour l'instant. Ceci est exact, seulement la traduction se prolonge indéfiniment pour cette raison. La personnalité de Paul s'effondre formellement dans le temps ; elle devient impersonnelle, flasque et décousue(1). Nous assistons ainsi à une véritable dislocation dans le temps, si on peut s'exprimer ainsi. C'est de ce point de vue spécial que nous avons encore quelques mots à dire au sujet de notre cas.

Paul, au fond, ne tend vers aucun but et n'oriente plus dans ce sens son effort personnel. Il adopte une attitude passive, par rapport à l'ambiance. Son élan

(1) L'attitude de Paul est diamétralement opposée à celle de l'instituteur que l'un de nous a décrit avec M. Rogues de Fursac, sous le titre de « rationalisme morbide ». L'instituteur veut remplir chaque instant de sa vie de pensées et d'actions importantes ; il n'admet pas une seule seconde de détente ; avant de se mettre à table il établit le plan de réflexions auxquelles il doit se livrer pendant le repas ; il passe absolument tout « au crible de ses principes » et ne répond aux questions posées que quand il ne les trouve pas trop terre-à-terre. Paul, au contraire, situe tout dans le même plan et donne la préférence tantôt à une question, tantôt à une autre. L'attitude normale dans la vie se trouve entre ces deux extrêmes : une hiérarchisation des buts, non exempte de souplesse, de malléabilité et de discontinuité régit notre activité. L'instituteur et Paul s'éloignent de la normale par deux chemins différents ; le résultat est pourtant le même ; tous les deux sont totalement inadaptés à la réalité et ne parviennent plus à se diriger dans la vie ; ils ne peuvent plus avancer, mais tandis que l'un, pour employer une métaphore, a les articulations ossifiées, l'autre est atteint d'ostéomalacie.

vital a fléchi, pouvons-nous dire, en nous orientant vers les conceptions de M. Bergson. L'un de nous a insisté plus particulièrement sur la connexion étroite qui existe entre l'élan vital, d'un côté, et la notion du temps, et plus particulièrement celle de l'avenir, de l'autre. L'élan vital se dirige toujours vers l'avenir et est ainsi pour nous un élément constitutif de celui-ci. Là où il fléchit, un trou profond se creuse dans notre psychisme. Ce trou concerne avant tout la notion de l'avenir qui perd maintenant tout son sens (1). Nous ne pouvons résister à la tentation d'esquisser à ce point de vue un problème nouveau. La question, comme nous l'avions dit plus haut, a quelque chose d'inachevé en elle ; elle stipule une réponse qui normalement doit lui succéder ; elle projette ainsi un rayon vers l'avenir. Nous nous demandons si l'attitude interrogative ne doit pas être considérée comme un mécanisme de *compensation* dans notre cas. Ne tend-elle pas à combler en partie la lacune qui se creuse dans la notion de l'avenir du fait du fléchissement de l'élan vital ; ne sert-elle pas de planche de salut à la personnalité humaine qui commence à sombrer ? Elle s'y prête en tous cas de par sa nature. Il est peut-être permis d'envisager du même point de vue les prévisions si fréquentes de conséquences possibles dans lesquelles se complait Paul ; nous avons vu comment il s'y prenait à l'occasion de l'incident de l'auto ; des exemples semblables sont très nombreux dans l'observation de Paul. Sans tenir compte de la réalité de l'événement initial, il construit sur lui une série de conséquences possibles. A défaut de propulsion vitale vers l'avenir, il vit dans une sorte de « prospection » autiste et se raccroche ainsi à la notion de l'avenir qui commence à lui échapper.

Ceci n'est qu'une hypothèse ; elle mérite peut-être cependant d'être discutée. Nous sommes habitués à envisager les troubles mentaux uniquement du point de

(1) E. MINKOWSKI. — Analyse phénoménologique d'un cas de schizophrénie mélancolique. Doit paraître dans un des prochains numéros du *Journal de Psychologie*.

vue du déficit qu'ils présentent. La pathologie générale nous enseigne pourtant que tout ensemble de manifestations morbides se compose non seulement d'effets directs de l'action de l'agent nocif, mais aussi de réactions de défense et de compensation de la part de l'organisme. N'aurions-nous pas intérêt à appliquer cette façon de voir aux faits d'ordre psycho-pathologique ? Nous l'admettons, sans difficulté, là où il s'agit de la fabulation de certains amnésiques ; de même quand le malade réalise, d'une façon plus ou moins symbolique, dans ses idées délirantes, dans ses hallucinations ou dans ses troubles psycho-moteurs des désirs auxquels il a dû renoncer dans la vie. Mais il y a peut-être lieu d'étendre cette façon de voir et de l'appliquer également aux phénomènes essentiels dont se compose la vie de l'être humain ; nous parviendrons peut-être ainsi à établir un jour comment se comportent, après le fléchissement de l'un de ces phénomènes, tous les autres et comment ils cherchent à aboutir à un nouvel état d'équilibre et à combler de leur mieux la lacune qui s'est ainsi produite.

Ces considérations n'offrent pas exclusivement un intérêt théorique. L'étude des mécanismes psychopathologiques doit devenir nécessairement la base de nos efforts thérapeutiques. Nous ne pourrions nous attaquer avec succès à notre tâche que quand nous saurons où siège le trouble initial. Notre malade se présente tout d'abord comme un individu atteint d'obsessions ; nous constatons ensuite que les symptômes que nous avons devant nous se laissent subordonner au concept de la schizophrénie. Dans d'autres cas nous aurons affaire à des obsessions vraies sur un fonds de schizoïdie ou de toute autre constitution psychique. Notre attitude variera selon les cas. Nous nous bornons à dire ici ce que nous pensons de notre malade.

Il ne semble guère utile de prolonger le séjour de tels malades dans un service hospitalier. L'enceinte de l'asile ou de l'hôpital, surtout si les malades y restent inoccupés, ne fait que s'ajouter au mur qui les sépare déjà de la réalité ; ils sombrent facilement encore davantage dans leur autisme. Il est, au contraire, indi-

qué de replacer ces malades le plus tôt possible dans leur milieu normal, à condition toutefois de s'être assuré au préalable que l'interpsychologie familiale n'est pas elle-même une des sources du mal. Un contact des plus étroits, de la part du médecin, avec la famille du malade devient indispensable. Nous avons procédé de cette façon pour Paul ; il a été repris par ses parents au bout de quatre semaines et revient nous voir depuis, au Dispensaire, tous les huit jours.

Nous ne croyons pas non plus qu'il soit utile de trop fouiller le psychisme de tels malades, dans le sens de la recherche de complexes ou de traumatismes refoulés. Le champ d'application de cette dernière méthode nous paraît plus limité. Dans les cas comme le nôtre, les paroles et les réactions du malade sont déterminées forcément par l'attitude morbide décrite plus haut. On ne peut donc s'en servir directement. La curiosité sexuelle qui apparaît au début de la maladie et qui pourrait être considérée pour cette raison comme point de départ, n'est peut-être qu'un signe précurseur de l'attitude interrogative qui s'installe à la suite. Quoi qu'il en soit, c'est cette attitude qu'il faut essayer de rectifier avant de penser à autre chose. Il faut combattre tout d'abord les troubles schizophréniques.

Le médecin cherchera à établir un lien étroit entre lui et le malade. Sa personne est appelée à jouer un rôle important dans la vie restreinte et autiste de celui-ci ; elle doit fixer sur elle l'énergie affective du malade qui se détourne de la vie et devenir ainsi le trait d'union entre lui et la réalité qu'il fuit. Le médecin se servira dans ce but de tous les moyens que lui dictera son intuition et que la psychothérapie, dans le sens le plus large du mot, met à sa disposition.

Ce contact, une fois établi, il cherchera à diriger la vie du malade. Nous ne saurions trop insister, à ce point de vue, sur la nécessité et l'utilité d'un travail régulier. Après ce que nous avons dit, le travail ne nous apparaît pas uniquement comme une distraction ou un simple dérivatif ; nous pouvons vraiment, semble-t-il, parler de traitement causal. Le travail n'est pas seulement un des facteurs les plus puissants qui rattachent l'individu à la société ; il établit en plus ces

cadres fixes dans le temps, dont nous avons tant besoin dans la vie et qui font absolument défaut à Paul.

Nous avons commencé par une tâche des plus faciles : une copie. Pendant la première semaine, Paul est parvenu à copier deux pages ; dans la suivante il en a fait quatre, dans la troisième, douze. Nous sommes passés ensuite aux traductions.

Tout en faisant des réserves sérieuses au sujet de l'avenir, nous ne pouvons ne pas constater une certaine amélioration. Paul ne s'attache plus indéfiniment à des questions sans importance, il parvient à faire sa toilette tout seul, prend ses repas à table ; il s'intéresse davantage et d'une façon adéquate aux événements qui se déroulent autour de lui ; sa mimique est devenue plus expressive, il a réappris à sourire ; toute sa façon d'être a quelque chose de plus personnel ; il exprime spontanément des désirs, demande à faire un peu de peinture. En même temps son attitude interrogative et les signes de l'autisme que nous avons décrits plus haut ont rétrogradé en partie ; ils sont bien moins nets aujourd'hui qu'ils étaient au début, quand nous avions eu l'occasion de les étudier.

MM. Vallon, Arnaud, Chaslin demandent la parole au sujet de cette communication. En raison du nombre des orateurs inscrits à l'ordre du jour, il est décidé que le malade sera représenté à la prochaine séance.

Sur la maladie d'Alzheimer

UNE OBSERVATION CLINIQUE

Par MM. J. LHERMITTE et NICOLAS

Il n'est assurément rien de plus banal que l'affaiblissement intellectuel à caractère démentiel chez le vieillard. Une visite dans un asile ou un hospice suffirait à nous en convaincre si l'on pouvait en douter. Mais cette banalité de la démence dite sénile n'est que d'apparence et, sous une uniformité de surface, l'état

de déchéance psychique de la sénilité laisse reconnaître une diversité d'expressions cliniques dont l'intérêt ne réside pas tant dans les finesses du diagnostic que dans l'indication que les modalités de la démence nous fournissent relativement aux altérations cérébrales qui les conditionnent.

Rien n'est plus complexe, en effet, que les lésions cérébrales de la sénilité et avec M. Klippel et M. H. Claude, nous nous sommes attachés à montrer qu'il existait deux grands types anatomo-cliniques de démences séniles : l'une qui s'affirme comme un affaiblissement global et progressif des facultés indépendant de tout symptôme somatique et que nous avons appelé la démence sénile pure, l'autre plus riche d'expression puisque, à la déchéance dementielle, s'adjoignent des manifestations motrices, sensitives, sensorielles et sphinctériennes. Cette variété de démence sénile, ainsi qu'on pouvait le supposer *a priori*, n'apparaît pas univoque et se laisse décomposer en formes cliniques diverses, lesquelles, sans doute, répondent à des modalités lésionnelles particulières. C'est précisément à l'une de ces formes que nous désirons consacrer cette présentation en raison de son apparente rareté et des problèmes pathologiques qu'elle soulève.

OBSERVATION (1). — Pé..., âgé de 63 ans, est hospitalisé à l'hospice Paul-Brousse depuis septembre 1920.

La femme du malade nous a fourni les renseignements suivants, lesquels concordent d'ailleurs avec les réponses du malade à son entrée.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de tuberculose vers l'âge de 55 ans.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs mortes d'affection inconnue.

Antécédents personnels. — Pendant l'enfance, P. n'a fait aucune maladie grave ; à l'âge de 12 ans, il aurait présenté des troubles de la vue ayant duré 9 mois, puis la vision est revenue en partie ; un des yeux serait demeuré aveugle(?), ce qui l'aurait empêché de faire son

(1) Nous ne donnons ici qu'un résumé de l'observation puisque, au cours de ce travail, nous insistons sur les principaux troubles que nous avons analysés.

service militaire. En tout cas, après avoir été choriste de 9 à 13 ans, le malade a appris le métier de « préparateur en chaussures » qu'il a parfaitement exercé pendant 26 ans. Au dire de sa femme, il était excellent ouvrier et ne s'est jamais livré à la boisson. De son mariage sont nés 7 enfants dont un seul est survivant. Quatre enfants sont morts pendant les tout premiers mois, un a succombé à une laryngite tuberculeuse à l'âge de 28 ans, un autre à la tuberculose pulmonaire à 21 ans.

En 1912, P. quitte son métier de préparateur de chaussures et entre à l'usine d'automobiles de Renault où il reste pendant 18 mois. A la fin de son séjour apparaissent les premiers troubles de la maladie actuelle.

Histoire de la maladie. — En 1914, alors qu'il était encore à l'usine, Pé... présente des troubles de la mémoire et de l'orientation. Il oublie certains actes de son emploi, s'arrête brusquement au cours de son travail, ne sachant plus comment le poursuivre, afin il se perd dans la rue. Sa femme nous dit, par exemple, que si elle lui demandait d'exécuter un acte un peu compliqué, il commençait de le réaliser, puis, subitement, s'arrêtait, comme stupide. Lorsqu'il sortait de l'usine, il ne pouvait retrouver le chemin de son domicile et c'était un camarade qui devait le ramener.

Parfois, Pé... était incapable de se rendre de chez lui chez sa fille qui habite dans la même rue. D'autres fois, lorsque sa femme lui demandait d'aller chercher de l'eau, il se rendait à la cave. A ces symptômes de désorientation et d'amnésie se joignirent rapidement des troubles moteurs caractérisés par une maladresse pour s'alimenter. A mesure que l'état psychique s'aggravait, le malade qui autrefois ne jouissait que d'un appétit médiocre, devenait de plus en plus vorace et glouton.

Par crainte d'un accident, Pé... fut prié de ne plus revenir à l'usine : il demeura ainsi sous la garde de sa femme jusqu'en 1920 où Pé... fut admis à l'hospice P.-Brousse. Pendant la période qui précéda son hospitalisation, l'état mental ne se modifia que fort peu et, malgré le désordre apparent de sa pensée et de ses actes, Pé... donnait, de temps en temps, des réponses qui témoignaient de la conservation de son jugement et même de la conscience de l'état morbide. Lorsque sa femme lui demandait, par exemple, pourquoi il n'était pas rentré, Pé... répondait : « Ah ! je me suis encore perdu ».

Depuis septembre 1920, date de l'hospitalisation, l'état psychique de Pé... ne s'est pas notablement modifié.

1° *Troubles psychiques.* — La *mémoire* est très atteinte et plus particulièrement les souvenirs des faits récents ; les données du passé sont évoquées avec incohérence mais un assez grand nombre de faits sont parfaitement exacts. La *désorientation temporelle* et *spatiale* est absolue ; le malade ne peut dire ni où il est ni d'où il vient, ni indiquer l'année actuelle. La *perception de la durée* est abolie. L'*attention* volontaire est dispersée, difficile à fixer ; il en est de même de l'attention spontanée essentiellement mobile. L'intelligence, le jugement, la critique se montrent très affaiblis, mais non complètement éteints et Pé... peut formuler, sur des propositions concrètes, des jugements pertinents. L'*affectivité* apparaît également diminuée mais non abolie et si l'on évoque l'idée de sa femme, de sa fille, le malade manifeste des sentiments affectueux ; il les appelle, voudrait qu'elles fussent près de lui, etc. — L'activité *volontaire* semble complètement suspendue, tandis que l'activité *automatique* se montre exagérée et stéréotypée. Tout le jour le malade ne cesse de remuer ses couvertures, de lacérer, de tordre, de frotter ses draps.

L'*humeur* est très variable. Généralement euphorique, docile, Pé... se montre à la suite d'excitations cutanées irascible, violent, agressif. Souvent il veut griffer ou mordre l'entourage si on le pique ou si on le pince même très légèrement.

La notion de *personnalité* n'est pas modifiée et Pé..., malgré les suggestions qu'on lui propose, ne varie jamais ; il sait pertinemment qu'il est Joseph-Marie Pé..., qu'il est marié, qu'il était fabricant de pièces pour chaussures, qu'il a autrefois souffert de la vue, etc...

Malgré la désorientation, la *reconnaissance* des personnes par la parole s'effectue assez bien ; il identifie l'infirmière et les médecins. Cependant, de temps à autre, Pé... fait de fausses reconnaissances. C'est généralement pendant ces périodes, que l'on constate la *fabulation* ; fabulation assez incohérente d'ailleurs dont la trame est fournie par les faits anciens.

Nous n'avons jamais constaté d'idées délirantes. Par intermittences, Pé... manifeste une agitation psycho-motrice sans but, désordonnée, au cours de laquelle le malade crie, chante, arrache les pièces de son lit, se mord les poings, devient agressif ; cette excitation pourrait aboutir à des actes dangereux si la cécité ne la rendait innocente.

Le *langage* traduit l'incohérence de la pensée. Cependant, à certains moments, les phrases sont correctes, logiquement construites et bien liées. Assez souvent, nous

avons observé de la paraphasie et même, plus exceptionnellement, de la jargonaphasie ; le malade, dans un discours correct, prenant visiblement un mot pour un autre puis le rectifiant plus ou moins aisément.

Troubles de la parole. — Celle-ci est tremblante, monotone, hésitante, bredouillée parfois, saccadée souvent, mal articulée, incertaine. Mais ce qui apparaît le plus caractéristique, c'est d'une part la logoclonie et les stéréotypies verbales.

Troubles moteurs. Tonus. — Malgré la conservation de la force musculaire et l'aptitude aux mouvements segmentaires, les gestes, les actes sont incertains, comme un peu ataxiques. L'apraxie motrice est bilatérale et très prononcée. La station est assez correcte mais la marche s'effectue à petits pas, les jambes demi-fléchies. Il existe une légère asymétrie faciale par parésie de l'hémiface gauche.

Dans le décubitus, on constate une rigidité musculaire très prononcée prédominant sur les membres inférieurs et donnant au corps une attitude générale de demi-flexion. Les phénomènes de la « contraction paradoxale » de Westphal et l'aptitude à la conservation des attitudes sont très accusés.

Sensibilité. — Les fonctions de la sensibilité générale semblent intégralement conservées, mais l'état mental du sujet interdit une analyse précise de la discrimination tactile.

La perception stéréognostique est abolie et le malade présente une agnosie tactile complète.

Organes des sens. — L'audition est conservée. La vision complètement abolie pour les deux yeux. L'examen ophtalmologique pratiqué par M. Bollak donne les résultats suivants : Pupilles égales, non déformées, fond d'œil normal, réflectivité pupillaire normale ; acuité visuelle nulle. Le goût et l'olfaction ne semblent pas atteints.

Réflectivité. — Les réflexes tendineux et osseux sont un peu vifs mais égaux sans clonus. Les réflexes cutanés sont normaux ; le réflexe plantaire s'effectue en flexion bilatérale.

Insalivation, déglutition normales ; ajoutons que jamais le malade n'a présenté de crises de pleurer ou de rire spasmodiques.

Sphincters. — Depuis deux ans le malade est complètement gâteux.

Fonctions de nutrition. — L'état général demeure satisfaisant ; le malade est très boulimique et dévore chaque jour d'énormes quantités de pain, de soupe, de purées.

Fonctions viscérales. — Nous n'avons relevé aucun symptôme en rapport avec des lésions du cœur, du rein, du foie, du poumon, du tractus digestif. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Le 5 octobre 1920, fut pratiqué un dosage d'urée dans le sang et le liquide C.-R. Dans le sang, le taux de l'urée ne dépassait pas 0 gr. 63 et dans le liquide C.-R. 0 gr. 20. La ponction lombaire montrait un liquide sous tension normale : 12 cent. au manomètre de H. Claude, dans le décubitus, ne présentant ni hyperalbuminose (0 gr. 30) ni pleiocytose (un leucocyte pour 50 millim. cubes) ; la réaction du liquide était alcaline.

La constante d'Ambard déterminée le 11 octobre 1920 à une période où l'urée sanguine ne dépassait pas 0 gr. 22 était de 0,05 (normale 0,07).

Il s'agit, on le voit, d'un tableau clinique très complexe dans lequel se mélangent et s'intriquent les traits caractéristiques de l'affaiblissement démentiel associés à ceux de la confusion fabulante avec les expressions pathologiques qui traduisent l'adulteration des fonctions des systèmes moteur, sensoriel, sensitif et sphinctérien.

L'affaiblissement démentiel se marque ici par des altérations régressives grossières du fonds mental : réduction de l'intelligence, du jugement, de la critique, diminution de la mémoire et particulièrement de la mémoire de fixation, suspension complète des processus volitionnels ; abolition absolue de la conscience de l'état morbide. Malgré ce fléchissement des facultés psychiques les plus élevées, il est intéressant de remarquer que si la démence n'est point niable, du moins elle est loin d'atteindre l'intensité et la profondeur qu'elle présente chez nombre de déments séniles. En effet, notre malade demeure capable de réaliser certaines opérations intellectuelles simples, d'associer des idées, de formuler un jugement élémentaire, d'évoquer avec pertinence des détails de sa vie passée. Si nous ajoutons que chez notre malade nous constatons, en outre, une indifférence absolue pour tout ce qui l'entoure à l'exception seule des aliments, un évanouissement de l'affectivité, des variations brusques de l'humeur et du ton émotionnel qui passe subitement de

l'euphorie à la colère ou à l'anxiété non motivée, une agitation psycho-motrice incohérente et désordonnée, on nous accordera sans doute que le diagnostic d'affaiblissement démentiel est amplement motivé.

Mais, croyons-nous, le terme *démence* n'est pas, dans notre fait, assez compréhensif car il n'exprime pas la symptomatologie tout entière. A l'affaiblissement des grandes fonctions psychiques se joint, chez notre malade, un ensemble de troubles qui relèvent moins de la *démence* que de la *confusion*. Nous voulons parler de l'obtusion intellectuelle, de la lenteur de la compréhension, de l'aprosexie, de la désorientation temporelle et spatiale, de la crédibilité avec suggestibilité, des fausses reconnaissances, enfin des hallucinations visuelles et auditives.

Tous ces traits qui apparaissent si profondément marqués dans les états *presbyophréniques* attestent la parenté de l'état psychopathique dont nous venons de rappeler les caractères avec le syndrome de Kahlbaum-Wernicke. Et l'on pourrait, sans doute, sans forcer les faits, établir, chez notre sujet, le diagnostic de *démence presbyophrénique* si la physionomie clinique ne se chargeait pas d'autres traits assez particuliers.

Ceux-ci rentrent dans le cadre des symptômes « neurologiques » si l'on pouvait maintenir une barrière que rien n'autorise entre neurologie et psychiatrie. Les phénomènes sur lesquels nous voulons attirer l'attention consistent en des manifestations de déficit portant sur les fonctions motrices, sensitives, sensorielles et sphinctériennes. Malgré la conservation de la force musculaire ainsi que des mouvements élémentaires segmentaires, notre malade est incapable de réaliser, au commandement, un mouvement adapté ou ayant une signification symbolique. Lui commande-t-on de faire un geste de menace, d'envoyer un baiser, de faire le salut militaire, d'applaudir, le mouvement exécuté apparaît amorphe, incertain, incomplet, souvent dénué de toute signification. Au contraire, certains actes spontanés de la vie journalière sont assez correctement exécutés. Il s'agit donc, ici, d'une *apraxie motrice bilatérale*.

Ainsi que l'ont montré les travaux récents de de Monakow et de son élève Brun, l'apraxie motrice se double souvent d'agnosie ; de fait, chez notre malade, il en est ainsi. L'identification primaire des objets par la palpation se montre presque complètement abolie. En raison de l'état mental du sujet, il ne nous a pas été possible d'interroger minutieusement la sensibilité tactile ; cependant nous pouvons assurer que le tact, la piqure sont correctement perçus. La sensibilité à la douleur semble même être particulièrement vive car la moindre piqure, où qu'elle siège, provoque des réactions violentes avec agitation motrice, mouvements de défense et même anxiété. Les fonctions du langage et surtout de la parole se montrent également perturbées. Bien que le malade ne présente pas de surdité verbale apparente, son langage traduit, de temps en temps, par son incohérence, une véritable paraphrasie avec, exceptionnellement, de la jargonaphasie. Mais ce qui apparaît au premier plan, ce sont les troubles de la parole. Celle-ci est monotone, sans couleur, hésitante, tremblante, incertaine, semée d'accrocs et d'achoppements qui ne sont pas sans analogie avec ceux de la paralysie générale. Enfin, très fréquemment, le malade présente des logoclonies et une stéréotypie verbale très particulière. Indéfiniment presque, le même mot ou la même syllabe sont répétés avec une forte scansion rythmée accompagnée d'un geste automatique de la tête ou des membres supérieurs battant à la même cadence. Bien qu'il s'en distingue, ce trouble n'est pas sans présenter une certaine ressemblance avec la palilalie et la tachyphémie paroxystique décrite par M. H. Claude.

Pour ce qui est des fonctions sensorielles, seule la fonction visuelle est affectée, mais elle l'est au plus haut degré puisque notre malade est complètement aveugle. Malgré nos examens répétés avec M. Bollak nous n'avons pu mettre en évidence, d'une manière certaine, la moindre trace de perception lumineuse. Cette cécité présente ce caractère essentiel de ne s'accompagner d'aucune lésion du fond de l'œil ni d'aucune modification pupillaire ; enfin et surtout de ne déterminer nulle perturbation dans la réflectivité

irienne. La conservation des réflexes lumineux impose ici une localisation anatomique : la lésion causale de l'amaurose ne peut siéger que sur le tractus optique rétro-genouillé, c'est-à-dire sur le trajet des radiations thalamiques ou plutôt, comme nous le verrons, sur la région calcarine (*area striata*).

La réalité de l'origine corticale de la cécité ne semble guère prêter, dans un fait de ce genre, à la discussion. Car, outre que cette forme d'amaurose n'est pas très exceptionnelle chez le vieillard, le développement progressif de la perte de la vision joint à l'ensemble des symptômes d'ordre psychiatrique et neurologique que nous avons relevés déposent formellement en faveur de l'altération de la substance grise. Mais l'intérêt que présente la cécité de notre malade n'est pas là. Il tient dans ce double fait que, par un paradoxe étrange, le sujet ignore la perte de sa vision, refusant d'y croire malgré nos assertions et, d'autre part, dans l'existence d'hallucinations visuelles très actives. Celles-ci consistent dans la vision de paysages peuplés d'arbres, d'animaux errants et surtout d'oiseaux. A de multiples reprises, nous avons surpris le malade se dressant sur son séant, et s'efforçant d'attirer, par un babillage enfantin, les bandes d'oiseaux voletant sur les couvertures du lit. A ces hallucinations visuelles s'ajoutent des hallucinations auditives soit simples soit verbales ; en même temps que le sujet voit les oiseaux il entend leur caquetage. Très souvent c'est la voix de sa femme qu'il perçoit et à laquelle il répond.

Avant d'en finir avec l'analyse des phénomènes « neurologiques » présentés par notre malade nous devons rappeler l'existence d'une rigidité musculaire généralisée à type parkinsonien ou mieux pallidale, laquelle immobilise les membres, la tête et le tronc dans une attitude générale de flexion. Celle-ci n'est pas telle cependant qu'elle ne puisse être facilement vaincue, sauf sur les membres inférieurs, par un léger effort. La marche est assez facile et s'exécute à petits pas, les membres inférieurs demeurant demi-fléchis. L'aptitude cataleptique, la conservation des attitudes passivement imposées est frappante aux quatre membres. Nous re-

tiendrons enfin de notre observation que, depuis 3 ans, le gâtisme est complet.

Ainsi qu'il résulte de l'exposé analytique des manifestations morbides présentées par notre malade, le complexe symptomatique fait tout ensemble d'affaiblissement à caractère démentiel, de confusion fabulante, de perturbations motrices et sensorielles de nature organique apparaît assez particulier pour qu'il soit impossible de le recouvrir de l'étiquette banale de démence sénile.

Que par certains de ses traits, ce tableau clinique s'apparente à la démence presbyophrénique, la chose n'est point douteuse ; mais il n'est pas discutable, d'autre part, qu'il s'agit ici d'un autre syndrome que celui de Kahlbaum-Wernicke.

En réalité, la physionomie clinique dont nous venons d'analyser les caractères correspond, trait pour trait, à celle qu'a dépeinte Alzheimer (1) en 1911 et que l'on désigne assez communément sous le terme de « maladie d'Alzheimer ». Cette affection que Kræpelin (2) comprend comme une variété de démence sénile ou présénile ne semble pas, à lire certains manuels récents de psychiatrie, être encore acceptée comme une réalité par tous les auteurs.

Il convient cependant d'ajouter qu'en France elle a fait l'objet de très intéressants travaux de la part de M. Bessière (3) et de M. Truelle (4).

Comme dans les descriptions d'Alzheimer et de Kræpelin, nous retrouvons, chez notre malade, la déchéance intellectuelle progressive et assez rapide, la confusion avec désorientation temporelle et spatiale, l'agitation incohérente et désordonnée, le bavardage incessant, les troubles agnosiques, apractiques, aphasi-

(1) ALZHEIMER. — *Über eigenartige Krankheitsfälle des späteren Alters. Zeitschrift f. die gesamte Neurologie u. Psychiatrie*. Vol. IV, fasc. 3, 1911, p. 356.

(2) KRÆPELIN. — *Lehrbuch der Psychiatrie*. 8^e édit., T. II, p. 624.

(3) BESSIÈRE. — *Revue analytique sur la maladie d'Alzheimer. Revue de Psychiatrie*, 193, N^o de janvier.

(4) TRUELLE. — Deux cas de maladie d'Alzheimer. *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, juillet 1914, et *Traité de Pathologie médicale. Psychiatrie*, T. II, p. 275.

ques, les logoclonies rythmées, l'anxiété par accès, les troubles moteurs à caractère d'apraxie motrice bilatérale, la rigidité généralisée, la brachybasie. Un symptôme particulier s'ajoute à ce complexe clinique : la cécité avec anosognosie.

Mais si nous rapportons ici une observation nouvelle, ce n'est point pour apporter un fait à ceux déjà très nombreux qui ont été publiés sur la « maladie d'Alzheimer », mais pour faire ressortir certains détails qui ne nous semblent pas sans intérêt. Le premier fait qui nous paraît à retenir tient dans la coexistence de la cécité corticale avec des hallucinations visuelles très actives, d'une part, et dans la méconnaissance absolue de la cécité par le malade, d'autre part. De nombreuses observations dues à H. Lamy (1), Seguiér (2), Henschen (3), Bidon (4), Peterson (5), Higier (6) ont déjà établi la réalité, et même la relative fréquence, des hallucinations de la vue dans l'hémianopsie corticale et témoigné de cette curieuse particularité que les fausses perceptions se limitent au champ hémianopsique aveugle. Les faits d'hallucinations consécutives à la cécité corticale sont plus rares ; cependant nous en retrouvons d'authentiques dans les travaux de Vorster (7) et de Touche (8). Cette constatation pose un problème de la physiologie pathologique et qui autoriserait un long développement. Nous désirons seulement en souligner l'intérêt.

Si l'on admet, avec certains auteurs, que les centres sensoriels corticaux doivent être considérés comme le lieu où se conservent les images mentales correspondantes, il semblerait que la destruction de ces centres sensoriels dût provoquer nécessairement la suppression de l'évocation spontanée et volontaire de ces images.

(1) H. LAMY. — *Revue Neurologique*, 15 mars 1895.

(2) SEGUIER. — *Journal of Nervous and Mental Disease*, août 1886.

(3) HENSCHEN. — *Klin. u. Beiträge zur Path. des Gehirns*, Upsala, 1890.

(4) BIDON. — *Revue de Médecine*, 1891, p. 1014.

(5) PETERSON. — *New-York medical Journal*, 1890.

(6) HIGIER. — *Wiener Klin. Woch.*, Juin 1894.

(7) VORSTER. — *Allgemeine Zeitschrift f. Psych.*, T. XLI, p. 227.

(8) TOUCHE. — *Société de Biologie*, 1900, p. 390.

Le fait que nous venons de rapporter et qui, confronté avec ceux de Vorster et de Lamy, atteste la possibilité des hallucinations visuelles malgré la réalité d'une cécité complète vient s'inscrire contre cette thèse suivant laquelle tout centre sensoriel serait en même temps un dépôt d'images mentales.

Mais, il y a plus, et chez notre malade nous avons étudié avec attention l'évocation volontaire des images visuelles et le caractère des hallucinations. Or, dans notre fait, les tableaux hallucinatoires de paysages, d'animaux, d'oiseaux surtout, s'ils étaient mouvants, apparaissaient, comme au cinématographe, dépouillés de leur couleur et limités à des formes recouvertes de teintes grise, blanche ou noire. Fait intéressant, les images que, sur notre demande, le malade évoque, participent au même caractère. Si l'on presse Pé... de se représenter un drapeau, par exemple, il le décrit correctement avec sa hampe et son étoffe, mais il est incapable de lui découvrir aucune couleur si ce n'est celle du blanc ou du noir. Il en va de même pour les paysages, les feuilles des arbres, les animaux. On le voit, la réduction du processus de visualisation se montre identique dans l'apparition spontanée du tableau hallucinatoire et dans l'évocation volontaire de l'image visuelle. L'un comme l'autre sont dépouillés de leur tonalité colorée.

Il y a là un parallélisme saisissant entre la qualité de l'image hallucinatoire et celle de l'image évoquée volontairement. Bien qu'il soit toujours hasardeux d'imaginer le mécanisme pathogénique de phénomènes aussi complexes, il n'est pas interdit de penser que si, dans notre cas, les images visuelles de l'hallucination et de la représentation volontaire apparaissent réduites à des lignes et à des valeurs, la raison en est non pas dans la profondeur de la lésion calcarinienne, mais dans l'extension du processus à d'autres régions corticales, extension rendue ici évidente par la déchéance dementielle.

Un autre caractère de la cécité consiste dans sa complète méconnaissance par notre malade. Celui-ci s'affirme sur ce point totalement *anosognosique*. On sait que,

sous le terme d'anosognosie, M. Babinski a décrit une attitude mentale particulière dont le trait fondamental consiste dans l'ignorance absolue qu'un malade atteint d'hémiplégie organique sévère, par exemple, affecte par rapport à cette affection. Dans les faits de ce genre, il est probable que les perturbations de la sensibilité superficielle et profonde comme aussi l'affaiblissement de l'auto-critique jouent un rôle de premier plan, mais ce point n'a pas été complètement éclairci. Nous avons nous-mêmes, récemment, observé un cas d'hémiplégie avec anesthésie consécutive à un ramollissement cérébral vérifié à l'autopsie, dans lequel la malade s'avérait également anosognosique malgré la conservation de la lucidité.

Pour revenir à l'anosognosie amaurotique de notre sujet, il nous semble que deux facteurs interviennent dans son déterminisme : d'une part le fléchissement du contrôle psychique et, d'autre part, le processus hallucinatoire. Il semble évident, en effet, que chez Pé... le déroulement quasi-incessant d'images visuelles supplée, à la faveur de la perte de la critique, au déficit des perceptions réelles du monde extérieur.

Enfin, en terminant, nous désirons marquer combien est particulière la variété de démence sénile dont nous venons de rapporter un exemple. Contrairement à la démence sénile « pure », dans laquelle la déchéance progressive du cerveau psychique n'affecte point les systèmes de la motricité, de la sensibilité ni de la sensorialité, ce qui tient à la diffusion et à la superficialité des lésions corticales, la « maladie d'Alzheimer » s'affirme dans son expression clinique par une symptomatologie en mosaïque, indication certaine de la profondeur et de la prédominance des lésions sur des régions déterminées de l'encéphale.

Cette intensité particulière des modifications pathologiques, nous en trouvons également le témoignage dans les nombreux travaux histologiques auxquels a donné lieu la « maladie d'Alzheimer » (1). Tous les

(1) Voir surtout les travaux d'Alzheimer (1911), Perusini, Achucarro, Marinesco, Sarteschi, Ansalone, Piazza Angelo, Faller et Klopp.

auteurs s'accordent à reconnaître la confluence des « plaques séniles », de la *drusige Nekrose* en certains points ainsi que l'intensité du processus cellulaire dégénératif indépendant des lésions du réseau vasculaire.

Mais il semble bien que les altérations cérébrales ne se limitent point ici à la corticalité seule. La rigidité généralisée, la contracture des membres inférieurs à type de flexion, l'aptitude cataleptique, l'intensité des réflexes de posture (contraction paradoxale de Westphal), les logoclonies rythmées, tout nous indique la participation, au processus régressif, du système strié.

Enfin, il n'est pas interdit de penser que la boulimie excessive n'est sans doute pas sans rapport avec une adultération du système organo-végétatif. Mais ce n'est là qu'une hypothèse que devront, dans l'avenir, confirmer ou infirmer les investigations histo-pathologiques.

Ce que nous nous croyons en droit d'affirmer, c'est l'existence d'un type anatomo-clinique particulier, lequel, de quelque étiquette qu'on le recouvre, mérite d'être conservé en nosographie psychiatrique.

Syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique

Par MM. CLAUDE, FRIBOURG-BLANC et CEILLIER

Marcel C..., 20 ans, soldat de 2^e cl. dans un régiment des pays occupés.

Vient consulter à Ste-Anne fin décembre 1922 sur les conseils d'un médecin, pour troubles névropathiques consistant principalement en obsessions et phobies (agoraphobie), en impulsions irrésistibles aux éclats de rire immotivés, en affaiblissement de la puissance sexuelle, enfin en asthénie psychique et physique.

Les antécédents héréditaires sont assez chargés : un cousin germain et une cousine germaine ont été internés. Le grand-père paternel était excentrique, bizarre,

irritable ; un soir à 11 heures, il quitte sa famille sans prévenir personne et va en Algérie où il passe deux mois. Souvent il tenait des propos étranges, incohérents, se levait la nuit..... Le père du malade aurait été violent, irritable. La mère, morte le 2 avril 1921, à la suite d'une opération gynécologique, était très nerveuse, « neurasthénique » ; elle aurait voulu plusieurs fois se jeter par la fenêtre.

Notre malade est fils unique. Il aurait eu une enfance chétive (entérite, rougeole, coqueluche). Toujours peureux et timide, il aurait eu des scrupules au moment de sa première communion. Il passe son certificat à 12 ans. Masturbation fréquente à 11, 12 et 13 ans, qui le fatigue. Absence de suite dans les idées et dans l'activité. En 1915, il essaye d'apprendre l'anglais, mais ne peut suivre ses camarades, puis il se met au violon, selon le désir de ses parents, mais sans plaisir, car le violon l'énerve, l'agace. Il est ensuite commis dans une épicerie où il ne s'acquitte pas trop mal de son métier, bien qu'ayant continuellement des doutes, des scrupules, la crainte de commettre des erreurs. Il est timide avec les clients, vérifie ses calculs plusieurs fois, a peur de ne pas arriver à temps, de perdre son argent en route.

Pendant toute cette période, Marcel C... avoue qu'il n'était guère gai, qu'il ne prenait aucune distraction, qu'il était toujours ennuyé, préoccupé. — « Un tas « d'idées me passaient dans la tête, ça n'arrêtait pas » (mentisme) ; c'étaient des idées tristes, des préoccupations sur sa santé. Un rien l'inquiétait, le tourmentait.

A 19 ans, il a ses premiers rapports sexuels avec une femme de chambre de 22 ans qui devient sa maîtresse. Mais après chaque rapport (5 ou 6 en tout) il se sentait mal, éprouvait un malaise au cœur, voyait que tout tournait autour de lui. Cette liaison a duré plus d'un an, mais il ne voulait pas qu'il y ait des rapports plus fréquents. Les premières fois éjaculation avant l'acte. Toujours grosse émotion avant les rapports. Il voyait presque tous les jours sa maîtresse, mais évitait de passer les nuits avec elle. Il avait peur de n'être pas « à la hauteur de sa tâche », d'être ridicule. Et en

même temps il avait peur qu'elle l'abandonnât parce qu'il ne la satisfaisait pas au point de vue sexuel. En somme, il avait une inclination sentimentale très nette pour elle, en même temps qu'il répugnait à l'acte sexuel. — « J'avais quelquefois du dégoût. Je faisais cela parce que je ne pouvais faire autrement. »

Il continue à voir cette femme, mais il a cessé toutes relations sexuelles depuis avril 1922. Ajoutons que le malade a un phimosis.

Sachant combien il est fréquent de trouver un complexe d'Œdipe à la base de ces impuissances sexuelles (avec sensation de dégoût pour l'acte sexuel), nous avons interrogé le malade très discrètement et sans l'influencer. Dès qu'il a été mis sur cette voie, de lui-même, très spontanément, il nous a fait ressortir un complexe d'Œdipe très évident et qui ne se cachait *sous aucun symbole*. Nous verrons que, tout en n'étant pas voilé par des symboles, cet amour morbide pour sa mère n'était pas complètement conscient. Le malade sait qu'il aimait beaucoup sa mère, mais il n'a pas compris le caractère incestueux de cet amour et pourtant ce caractère incestueux existait de la façon la plus nette dans la subconscience, comme nous allons le voir. En somme, Marcel C... est conscient de son amour pour sa mère, mais il est inconscient de la morbidité incestueuse de cet amour.

Prié de nous dire comment était sa mère, il répond : « Une belle personne, très bien, beaucoup plus jeune que son âge. »

Le dimanche, il restait auprès de ses parents, il aimait à se faire câliner par sa mère, même lorsqu'il était jeune homme. « J'avais moins d'affection pour mon père. Ce n'était pas le même genre. » — Il ne désire pas se marier, en tout cas il voudrait une femme « pas trop amoureuse » parce qu'il aurait peur d'être trompé.

Interrogé sur ses rêves, il nous répond : « Je rêve presque toujours de ma mère. — Depuis qu'elle est décédée, je rêve à elle presque toutes les nuits. Je pleure en rêvant à ma mère, j'ai les yeux tout mouillés. Je la vois chez elle, à ses occupations familières, je me vois

heureux auprès d'elle. *J'ai même rêvé une fois que je couchais avec ma mère. J'ai rêvé cela deux fois* » (chaque fois perte séminale).

Après ces rêves de rapports avec sa mère, il n'éprouve aucun dégoût. Il s'étonne simplement d'un rêve pareil qui lui semble « très drôle ».

A côté de ces rêves, il faut signaler les rêvasseries, le mentisme précédant le sommeil. « Je me croyais en famille... c'étaient des souvenirs d'enfance. Tout cela m'inquiétait, m'empêchait de dormir. J'aurais voulu mourir, mais je ne voulais pas faire cette peine à ma mère. Je pensais à me jeter sous le métro. »

Votre mère a-t-elle connu votre liaison ? « Je n'ai eu cette relation qu'après la mort de ma mère. *C'était pour retrouver une affection, une amitié..... pour me consoler.....* ».

La mort de sa mère (2 avril 1921) a été pour Marcel C... une série de très grosses émotions. Lorsque sa mère était à l'agonie, il l'a embrassée et il a eu une impression épouvantable. Malgré l'insistance de sa famille il n'a jamais voulu la voir morte. A plusieurs reprises, se trouvant devant sa mère, les jours qui précédaient sa mort, il eut des éclats de rire irrésistibles. Au cimetière, au moment de la mise en terre, il fut pris d'un fou rire qui scandalisa toute l'assistance et dont il fut lui-même bouleversé.

Pendant les 8 ou 15 jours qui suivirent, il fut très abattu, ne sortant pas de chez lui, ne travaillant pas, puis il fit des excès de boisson (vin blanc, apéritifs), alors qu'il avait toujours été sobre auparavant ; puis il se couche très tard, à minuit, une heure, alors qu'autrefois il était toujours au lit à 9 heures. Enfin, 3 ou 4 mois après, il accepte les avances d'une femme de chambre qui devient sa maîtresse. « Je n'ai jamais su si je l'aimais... Il y avait des jours où elle me plaisait, le lendemain elle me dégoûtait. »

Nous avons vu ce qu'il était advenu de cette liaison, qui, malgré tout ce qu'elle avait d'imparfait, donna à notre malade plus d'assurance. Il avait moins de scrupules, moins de doutes, il était plus gai. Il allait au bal, buvait avec excès, il a dansé pendant trois jours pour

les fêtes du 14 juillet. Il se reprocha par la suite cette conduite légère si peu de temps après son deuil.

Nous trouverons une confirmation de cet amour inconsciemment incestueux pour sa mère, dans les sentiments que C... a pour son père et même dans ceux que son père a pour lui. Ils sont jaloux l'un de l'autre. C... éprouve un sentiment pénible à constater que son père et sa mère « étaient comme deux amoureux ». Inversement, parlant de son père, C... s'exprime ainsi : « *Il était presque jaloux de moi sur ma mère* ; il trouvait que ma mère s'occupait trop de moi et pas assez de lui. Il a dit à une voisine qu'il était content que je parte au régiment pour être seul avec ma mère. » En réalité, C... ne s'entend pas avec son père et il a contre lui bien des griefs, il lui reproche de n'avoir pas envoyé sa mère à la Maison Dubois au lieu de la Clinique Tarnier, il lui reproche surtout d'avoir pris une maîtresse après quelques mois de veuvage et il déteste profondément cette femme.



En résumé, avant la mort de sa mère, Marcel C... ne présentait ni obsessions, ni phobies véritables, mais seulement un état d'asthénie physique et psychique avec doutes, scrupules, mentisme. Il se plaignait aussi de malaises vagues, d'oppression, de palpitations. Son appétit était capricieux. Il avait des aigreurs d'estomac, des éructations fréquentes, des digestions pénibles, 3 selles par jour. Souvent des céphalées.

Au moment de la mort de sa mère, il éprouve de gros chocs émotifs et a des impulsions irrésistibles au fou rire. Puis après une période de dépression, il essaye de réagir en faisant des excès de boisson et de se consoler en prenant une maîtresse.

Les troubles plus accusés n'apparaissent que plus tard, au régiment. Mal impressionné par son arrivée à la caserne, il se sent dépaysé, seul, délaissé, sans affection. Depuis longtemps déjà il se préoccupe de la vaccination qu'il doit subir. Lorsqu'on la lui fait, il perd connaissance et est admis à l'infirmerie où le malaise

persiste et où il a peur de mourir. Quelques semaines après, au début de juin 1922, se trouvant avec quelques camarades, après avoir commis des excès de bière et de gâteaux, il éprouve un malaise subit, sent le sol qui se dérobe, pousse un cri, s'accroche au cou de son voisin. Les objets tournent autour de lui et on doit le porter. Le lendemain, pendant une revue, nouveau malaise analogue au précédent. Admis à l'infirmerie, puis à l'hôpital, son état s'aggrave. Il devient agoraphobique. Il ne peut plus sortir dans le jardin de l'hôpital, même accompagné. Parfois, il a des malaises dans des espaces clos, avec envie de se débattre. Il a peur d'avoir une maladie de cœur et d'être épileptique.

Malgré que son état ne se soit pas amélioré, comme on ne lui trouve rien au point de vue somatique, on le renvoie à son régiment. Il essaye courageusement de reprendre son service, mais il a de nouvelles malaises et on se décide à l'envoyer au Centre Neuro-Psychiatrique de Mayence (A noter qu'il a eu à deux reprises des pertes séminales, tout en marchant, pendant des manœuvres militaires).

A Mayence, ses troubles s'accroissent et à la fin de son séjour ils étaient à leur maximum. Il n'osait plus sortir du tout et il éprouvait déjà de l'angoisse quand il s'habillait. Plusieurs fois il fut obligé de se déshabiller. A cette époque, il était obsédé par la crainte d'avoir de la fièvre. Il prenait constamment son pouls et sa température (avec un thermomètre qu'il avait acheté). Bien qu'il ne fût aucunement amélioré, il obtient une permission pour Paris. Il veut la refuser mais ses camarades le décident à l'accepter. En route, il a de nouvelles malaises, veut rebrousser chemin, mais d'autres permissionnaires le soutiennent physiquement et moralement. On le met dans le train et il arrive à Paris où il se fait conduire chez ses grands-parents en taxi. Les premiers jours il n'ose sortir, puis il accepte de faire quelques promenades en se faisant accompagner, mais il redoute de traverser les places et préfère raser les murs. Il va consulter un médecin qui lui conseille de s'adresser à l'un de nous.

Le malade se présente à nous très correctement, mais il nous apparaît comme timide et émotif. Il a souvent des alternatives de rougeur et de pâleur au visage. Il est visiblement très ému chaque fois qu'il parle de sa mère. Enfin à chaque examen, à deux ou trois reprises, surtout quand on l'ausculte, quand on prend sa tension ou son réflexe oculo-cardiaque, il est pris d'un fou rire irrésistible qui dure environ deux minutes et qu'il est incapable de maîtriser. Parfois des larmes s'écoulent de ses yeux en même temps qu'il rit. Parfois il est difficile de savoir s'il rit ou s'il pleure.

Nous ne trouvons rien au poumon ou au cœur. Le pouls est rapide mais très instable, 80 à 100. La tension artérielle au Pachon est de Mx. 12 1/2, Mn. 8. L'indice oscillométrique est de deux divisions.

Le réflexe oculo-cardiaque est très exagéré (ralentissement de 40 par minute), le réflexe solaire est moyennement apparent (voir les graphiques I et I').

Les troubles digestifs sont accusés. Digestions difficiles. Pesanteurs après les repas. Régurgitations acides. Maximum des douleurs deux heures après les repas. Sensation de serrement et de brûlure dans la région épigastrique. Quelques douleurs à jeun le matin qui disparaissent avec l'alimentation. Diarrhée: 3 selles par jour, post-prandiales, selles quelquefois un peu décolorées, parfois glaireuses. Eructations fréquentes, gaz intestinaux.

Nous constatons un clapotement très marqué, deux heures après le petit déjeuner du matin. L'estomac et le côlon sont très sonores. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Douleur très légère mais bien limitée à la région appendiculaire.

Les réflexes cutanés, tendineux, pupillaires sont normaux. Le réflexe pupillaire à la douleur est particulièrement vif. Mydriase permanente très accusée.

Le malade transpire peu. Il aurait eu autrefois une salivation exagérée (mouillant son oreiller). Il existe un phimosis léger.

Nous avons conseillé au malade d'entrer au Val-de-Grâce et nous l'avons recommandé au Docteur Fri-

bourg-Blanc qui l'a suivi de très près et qui a bien voulu rédiger la note suivante :

A son entrée au Val-de-Grâce, le 11 janvier 1923, le soldat C... est dans un état de découragement profond. Au cours de l'examen, on cherche à lui rendre confiance, mais il éclate en sanglots qui le secouent et qu'il ne peut retenir. Il a pourtant l'impression que ses pleurs sont stupides. Il a honte de paraître semblable à une petite fille. « Mais que voulez-vous, dit-il, j'ai toujours été un peu comme ça et maintenant cela ne fait qu'empirer et je ne suis plus bon à rien. Oh ! ce n'est pas drôle, allez, d'être toujours malade sans savoir de quoi, de passer tout son temps inactif et de sortir d'un hôpital pour entrer dans un autre. Certains croient que je n'ai rien et que je cherche à éviter la charge de la vie militaire ; mais je vous jure que j'aimerais mieux faire trois ans de service et être enfin guéri. » On sent dans ses paroles un accent de sincérité véritable. Il est visiblement angoissé. Son pouls est rapide, à 105, et lorsqu'on le palpe le malade est pris d'un rire saccadé irrésistible.

Son teint est pâle. La mydriase très accusée. L'état gastro-intestinal défectueux : langue saburrale, inappétence, sensation de pesanteur abdominale et douleurs épigastriques.

On l'engage à se distraire, à se promener un peu, mais il n'ose pas sortir de crainte d'accroître ses malaises. Accompagné par un camarade dans le jardin, il éprouve dès qu'il est dehors une sensation de vertige vague, de malaise indéfinissable. Il lui semble que sa tête est coiffée d'un casque pesant. Sa vue s'obscurcit d'un brouillard ; il voit danser des cercles brillants devant ses yeux. L'espace lui fait peur, il craint de tomber, alors il préfère remonter dans sa chambre et rester seul avec ses pensées grises. Ces troubles paraissent nettement influencés par la digestion. Le matin au réveil, C... est à peu près bien, mais dès qu'il a commencé à faire quelques pas il sent revenir peu à peu ses malaises et ceux-ci s'exagèrent notablement après le repas de midi.

Le malade dort mal, il voudrait pourtant que le sommeil vienne apaiser son inquiétude. Pendant plu-

sieurs nuits de suite il a des pertes séminales et c'est pour lui un nouveau sujet de tourment.

L'examen oculaire pratiqué en raison des troubles visuels allégués par le sujet n'a rien révélé d'anormal ; aucune lésion des milieux ni du fond d'œil, calibre normal des artères et des veines.

Le 16 janvier, malgré une psychothérapie renouvelée chaque jour, l'état du malade ne s'est nullement amélioré. C... voudrait mourir pour être débarrassé du fardeau de cette existence trop dure. Il considère son mal comme inguérissable. Il sent pourtant qu'il ne pourrait pas se donner la mort car il est trop indécis pour cela et puis il ne voudrait pas faire de la peine à ses grands-parents qui s'intéressent beaucoup à son sort.

Les troubles digestifs persistent : langue saburrale, bouche amère au réveil, renvois acides, nausées, trois selles par jour glaireuses et fétides.

Les urines sont normales. Un dosage de l'urée sanguine ne révèle pas d'azotémie. Le pouls est très instable, irrégulier, nettement influencé par les mouvements respiratoires. L'inspiration profonde le ralentit sensiblement. Nous prenons à cette date un tracé de son pouls radial au polygraphe de Jacquet avec enregistrement de son réflexe oculo-cardiaque (voir graphique 2).

Nous relevons des constatations semblables à celles déjà faites dans le Service de M. le Professeur Claude, mais plus accusées encore : le pouls qui battait avant la compression oculaire à 105 par minute, tombe au bout de 10 secondes de compression à 42. $R. O.-C. = 105/42$, soit un ralentissement de 63 pulsations par minute. Ce ralentissement se poursuit après la décompression pendant une dizaine de secondes, tout en s'atténuant progressivement. Il est à noter que la tachycardie primitive entre pour une part dans l'exagération si marquée de ce réflexe oculo-cardiaque. Le pouls, quelques instants après la décompression, n'avait d'ailleurs pas repris son accélération primitive et restait à 80. Le tracé nous montre, en outre, des clochers systoliques très accusés à chaque pulsation qui semblent témoigner d'une vaso-constriction périphérique

de nature probablement sympathicotonique. A l'hyper-sympathicotonie précédant la compression oculaire a fait suite, au cours de la compression, une hypervagotonie des plus accusés. La compression ayant cessé, le profond déséquilibre vago-sympathique paraît avoir disparu au moins momentanément et cette compression agissant à la manière d'un choc semble avoir eu un effet salutaire.

On est frappé chez ce malade par l'association étroite des troubles d'ordre sympathique (mydriase, pâleur, tachycardie fréquente, vertiges) et de ceux de nature vagotonique (troubles digestifs, sialorrhée, ralentissement du pouls à l'inspiration et au réflexe oculo-cardiaque). Les uns et les autres paraissent intimement liés, avec toutefois dans ce déséquilibre du système nerveux de la vie végétative une prédominance nette d'hypervagotonie.

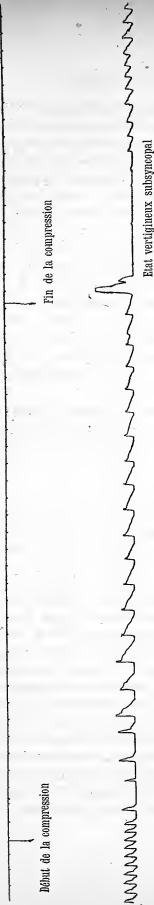
L'examen du sang ne décèle pas l'éosinophilie qui a été donnée par certains auteurs comme un symptôme de vagotonie. La formule leucocytaire de C... est la suivante :

Lymphocytes	14
Moyens mononucléaires	16
Grands mononucléaires	4
Polynucléaires neutrophiles	65
Polynucléaires éosinophiles	1

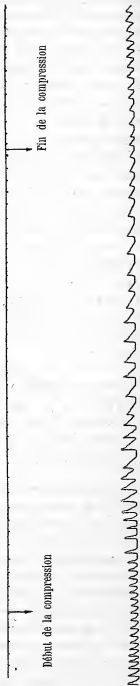
Nous soumettons le malade à un traitement belladonné (0 gr. 02 d'extrait de belladone par jour). Ce traitement amène une atténuation rapide de tous les phénomènes morbides. Ce sont les troubles digestifs qui s'améliorent les premiers. Au bout d'une dizaine de jours, C... n'éprouve plus de douleurs épigastriques, la sialorrhée, le ballonnement abdominal, les nausées ont disparu. Les selles se régularisent et sont moins fétides. Les sensations vertigineuses diminuent d'intensité et C... ne craint plus autant de se promener dehors.

On ne constate plus de crises d'éclats de rires ni de pleurs. La tension artérielle reste faible (1/2 cm. d'élévation seulement dans la maxima par rapport à la

GRAPHIQUE 1. — R. O. C. avant le traitement belladonné = 96/42 (ralentissement de 54 par minute)



GRAPHIQUE 2. — R. O. C. après traitement belladonné. R. O. C. = 90/45 (ralentiss^t de 45 par minute)



tension du 16 janvier), mais l'indice oscillométrique s'est relevé : 3 m. 5 au lieu de 2 m. 5 (voir les courbes).

Enfin nous sommes frappés de constater que l'état psychique s'est amélioré parallèlement. Le malade est moins angoissé, il se sent un peu plus sûr de lui, plus confiant. Il demande à sortir le dimanche pour aller voir ses grands-parents. Son sommeil est plus régulier, moins agité de rêves. Au début de son séjour au Val-de-Grâce, C... avait eu une fois encore, en rêve, des rapports sexuels avec sa mère et cela lui avait « paru drôle » sans toutefois le tracasser beaucoup. Mais depuis que son état physique s'est amélioré, il n'a plus de rêves semblables et les pertes séminales qui étaient assez fréquentes ont disparu.

Cette amélioration persiste environ trois semaines après la fin du traitement belladonné. Mais vers le 15 mars, à l'occasion d'une angine pultacée contractée par le malade, on assiste à un nouveau déclenchement des phénomènes morbides. C... ayant été placé dans une chambre d'isolement en raison de son angine ne veut plus rejoindre ses camarades en salle commune bien que son amygdalite soit guérie. Inquiétude, asthénie, céphalée, insomnie, cauchemars, pertes séminales reprennent avec une intensité presque égale à celle du début. Un nouveau traitement belladonné calme peu à peu ces phénomènes pour la seconde fois, et là encore nous notons le parallélisme de l'amélioration des symptômes physiques et psychiques. On occupe le malade à de menus travaux dans le service et il s'en acquitte volontiers. Beaucoup moins inquiet, ne se plaignant plus de vertiges ni de céphalées lorsqu'il est dehors, il manque toujours cependant d'assurance en lui. Il ne peut se décider à rien. C'est ainsi qu'il ne sait s'il doit ou non demander une permission pour sortir. S'il ne la demande pas, il s'attriste de rester enfermé à l'Hôpital et s'il a cette autorisation de sortie il ne sait s'il doit en profiter ou non car un rien le fatigue et il reste indifférent à tout plaisir. On l'encourage cependant à sortir et il se rend quatre fois chez ses grands-parents paternels qui s'intéressent beaucoup à lui.

Au cours de ses permissions il n'a jamais cherché à

revoir son ancienne maîtresse. Il ne lui écrit même plus. Les relations féminines le laissent d'ailleurs tout à fait indifférent.

Au début d'avril, C... accusant une reprise de ses troubles digestifs, nous pensons à l'existence possible chez lui de vers intestinaux — fait signalé dans certains cas d'accidents vagotoniques — et nous prescrivons l'absorption de 4 grammes de thymol en cachets. Bien que toutes les précautions d'usage aient été observées (privation d'alcool et d'huile, alimentation très légère), C... éprouve à la suite de cette médication des malaises assez accentués : nausées, vertiges, sensation de courbature et d'asthénie marquée. Ce fait nous paraît concorder avec les résultats des recherches faites par divers auteurs sur l'intolérance des sujets vagotoniques à certains médicaments et sur leur sensibilité particulière aux intoxications.

L'état du malade reste depuis assez instable. Son psychisme est moins bon que dans la phase précédente. Il s'inquiète à nouveau sur le sort qui lui est réservé. « Je n'aime pas la vie militaire, dit-il, et pourtant ici je me tranquillise à demi parce que je ne suis à la charge de personne. Que ferais-je si j'étais réformé ? Je redoute la vie civile où je me sentirais perdu, incapable d'initiative et d'action. Le moindre effort me donne des palpitations, des vertiges. Je cherche à lire, à m'occuper, mais je n'ai jamais la tête à ce que je fais. »

Nous explorons à nouveau sa tension artérielle et prenons le 6 avril un tracé de ses réflexes oculo-cardiaque et solaire (voir graphiques 3 et 3'). La tension artérielle reste faible : $12,5 \times 6$ au Pachon. L'indice oscillométrique qui s'était relevé de 1 cm. pendant la phase d'amélioration (3,5) est redescendu à 2,5 comme lors du premier examen. Le réflexe oculo-cardiaque est de 96/42, soit un ralentissement de 54 pulsations par minute. La compression oculaire ne peut être prolongée plus de 30 secondes, car le malade se sent très mal à l'aise. La décompression est suivie d'un état vertigineux et syncopal de 7 secondes au cours desquelles le tracé du pouls radial ne donne que 3 élévations presque imperceptibles. On enregistre par la suite quelques extrasystoles très nettes.

Le tracé du réflexe solaire donne lieu à des constatations analogues, mais moins accusées : R. S. = 75/63, soit un ralentissement de 12 pulsations par minute. La décompression de la région épigastrique provoque également un léger état vertigineux avec arrêt du pouls pendant 4 secondes.

Nous remettons le malade au traitement belladonné. L'amélioration espérée se produit comme les fois précédentes. Elle se traduit le 13 avril par une réascension légère de la tension artérielle, $13 \times 6,5$ au lieu de $12,5 \times 6$, et un relèvement de l'indice oscillométrique à 3,5 au lieu de 2,5 (voir les courbes n° 2). — Le R. O.-C. pris le 13 avril donne 90/45, soit un ralentissement de 45 par minute, alors que ce ralentissement était de 54 avant le traitement. Quant au réflexe solaire, il est très atténué : 87/81, soit un ralentissement de 6 seulement par minute (voir graphiques 4 et 4'). On ne note ni extra-systoles ni état syncopal au cours de la compression.

Enfin le malade se sent plus à l'aise. Il est moins préoccupé, a demandé hier une autorisation de sortie et est allé voir ses grands-parents sans être trop gêné par ses malaises habituels.

Il signale cependant que la nuit dernière il a rêvé à sa mère et a eu une perte séminale, mais ce fait ne paraît pas lui causer un réel souci.



Le malade Marcel C... est atteint d'un syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et troubles de l'équilibre vago-sympathique.

Le fait capital qui nous paraît se dégager de cette observation est l'association étroite des troubles du système nerveux de la vie végétative et du syndrome mental présenté par le sujet.

Les troubles de l'équilibre vago-sympathique sont suffisants dans ce cas, à notre avis, pour expliquer à la fois les modifications de l'émotivité, l'importance des traumatismes affectifs et la constitution d'un complexe érotique inconscient du type d'Œdipe.

Marcel C..., depuis son jeune âge, était prédisposé à ces divers troubles psychiques par l'état défectueux de son système nerveux. La première communion avait déjà constitué pour son émotivité l'épreuve habituelle. Puis dans ses rapports d'affection avec sa mère, nous pouvons rétrospectivement observer que cet amour avait un caractère incestueux dont le malade n'avait pas conscience. A ce propos, nous faisons remarquer que par la simple mais minutieuse « analyse psychologique » sans « psychanalyse » nous avons pu mettre en évidence des émotions sexuelles plus ou moins conscientes et dégager leur rôle dans la genèse des troubles psychopathiques ultérieurs. La mort de sa mère a apporté à C... le choc émotif le plus important qui a déclenché la plupart des phénomènes morbides observés depuis et en particulier le complexe érotique. L'entrée au service militaire enfin, créant un nouvel état émotif, a déterminé les troubles actuels où prédominent les obsessions de diverse nature : agoraphobie associée aux vertiges, dépression psychique liée à l'état d'asthénie physique et aux troubles digestifs. L'intensité des chocs émotifs et les diverses manifestations mentales observées chez le malade ont certainement été conditionnées par l'état de déséquilibre vago-sympathique. Nous avons vu, en effet, au cours de l'hospitalisation, ces manifestations s'atténuer chaque fois que, sous l'influence du traitement belladonné, les troubles du système nerveux végétatif s'amélioraient. Nous avons assisté à leur recrudescence à chaque nouvelle rupture de l'équilibre nerveux.

Ces constatations nous paraissent d'une importance capitale au point de vue du traitement. Il est essentiel chez ce malade de rétablir d'abord l'équilibre vago-sympathique par la médication appropriée. Cet équilibre étant obtenu, l'analyse psychologique s'exercera d'une façon plus sûre et plus facile et l'on pourra s'attendre à une efficacité beaucoup plus grande de la psychothérapie.

Paralysie générale à invasion foudroyante et puerpéralité

Par MM. Henri COLIN et Gilbert ROBIN

Malgré les travaux de Dubrisay parus en 1857 dans les *Annales Médico-Psychologiques*, ceux de Schmidt et l'observation publiée par Rosni de Cosme (1) d'un cas de paralysie générale où l'origine puerpérale paraissait évidente, les rapports de la puerpéralité et de la paralysie générale restaient imprécis. Bruas (2), en 1902, distingue les cas où la grossesse apporte une rémission dans une paralysie générale antérieure à la conception, ceux où elle n'influence pas le cours de la maladie, enfin ceux, très rares, selon cet auteur, où elle accélère sa marche. Il conclut : « La P. G. éprouve, par suite de l'accouchement, une amélioration passagère, peut-être, mais qui n'en est pas moins évidente. » Il faut attendre la belle observation d'Anglade et Jacquin (3) pour voir une P. G. véritablement révélée par la puerpéralité. Il s'agissait d'une femme de 22 ans qui, après une première grossesse normale, avait eu deux ans plus tard une grossesse avec albuminurie. Elle avait accouché avant terme d'un enfant mort-né et deux jours après, une attaque d'éclampsie compliquée de troubles mentaux la faisait interner. Chez cette femme jusqu'à ce jour indemne au point de vue mental, le diagnostic de P. G. apparaissait aux auteurs l'évidence même. L'albuminose, la lymphocytose le confirmaient. Un peu plus tard (4), les vérifications anatomo-pathologiques le rendaient indiscutable. Seule manquait la réaction de Bordet-Wassermann.

Dans notre cas, nous l'allons voir, l'étiologie syphilitique n'est pas douteuse. Il s'agit bien de paralysie générale progressive. L'intérêt de cette observation ré-

(1) ROSNI DE COSME. — *Gazette des Hôpitaux*, 1895, N° 57.

(2) BRUAS. — La grossesse dans la P. G. *Thèse Bordeaux*, 19 oct. 1902.

(3) P. G. précoce et puerpéralité, par MM. Anglade et Jacquin. *Mémoires de la Société de Médecine et Chirurgie de Bordeaux*, 1908, p. 380.

(4) P. G. précoce et puerpéralité, par MM. Anglade et Jacquin, p. 347.

side surtout dans le mode d'apparition de la maladie et dans son invasion véritablement *foudroyante*. Le clinicien en présence d'une psychose née à l'occasion de la puerpéralité ne se laissera pas influencer par une étiologie en apparence indiscutable. Il cherchera à porter un diagnostic psychiatrique précis, dégagé de toute notion étiologique, de toute notion *a priori*, diagnostic en quelque sorte à l'état pur et, poussant plus loin ses recherches, il les vérifiera par les procédés cliniques et biologiques. Ainsi sera évitée l'erreur de pronostic que peut entraîner le diagnostic de Psychose puerpérale posée au lieu de P. G. et ces notions ne seront pas dénuées d'intérêt aux yeux des médecins accoucheurs.

Berthe P., modiste, âgée de 35 ans, est entrée à l'Asile Ste-Anne le 7 avril 1923, avec le diagnostic de « psychose puerpérale, état confusionnel, désorientation, propos inappropriés et du reste rares. Indifférence. Passivité et inertie mentale. Elle répond : « Je ne sais pas » à la plupart des questions, sans se donner la peine de l'effort de recherche que nécessiterait la réponse. Cette situation évolue sans fièvre et avec un bon état général, etc... ».

Il nous eût été impossible, sans un tel diagnostic qui nous fixait sur l'étiologie envisagée de la psychose, d'apprendre de la malade elle-même l'existence d'un accouchement récent. Elle se présente inerte, apathique, passive en tous points, l'aspect puéril, ne questionnant jamais, ne demandant rien, satisfaite d'un sort dont elle semble totalement inconscient. Elle est désorientée dans le temps et l'espace, ne fait aucun effort pour se rendre compte de sa situation. Elle paraît abandonnée à cet état affectif, spécial, que M. Mignard (1) a appelé la joie passive. Elle accueille toutes les éventualités avec indifférence. Elle ne fournit aucun renseignement sur sa famille. Il faut lui parler de son mari pour lui rappeler qu'elle est mariée et insister pour la faire causer d'un enfant nouveau-né. La date de l'accouchement, le sexe de son enfant, elle ne peut

(1) MIGNARD. — *La joie passive*. Félix Alcan, éditeur.

rien dire à ce sujet. Suggestible à l'excès, elle attache sa croyance aux propositions les plus inattendues. Feint-on de lui apprendre la mort de son enfant, de son mari, elle ne bronche pas, sourit placidement. Elle se montre incapable d'aucun effort intellectuel. Les seules manifestations actives consistent en une irritabilité morbide manifeste. Aucun délire de quelque nature qu'il soit, mais sa docilité lui fait accepter la suggestion d'idées absurdes de richesse. Elle va gagner énormément d'argent, son mari aussi.

Les troubles de la mémoire paraissent profonds, aggravés qu'ils sont par l'apathie et l'aboulie. Aucune évocation correcte n'est possible. La fixation subit de grandes lacunes. La malade ne sait ni d'où elle vient ni dans quelles conditions elle a été internée.

Nous nous trouvons donc là en présence d'un état mental qui, en l'absence de tous renseignements, nous faisait penser à la paralysie générale. Au point de vue physique, il existe une légère dysarthrie aux mots d'épreuve, les pupilles sont inégales, la pupille gauche étant plus grande que la droite, le contour de la pupille droite est festonné. Les réactions iriennes à la lumière sont irrégulières et parfois inversées. Instabilité de la langue. Tremblement des doigts. Les réflexes rotuliens sont exagérés. La malade est gâteuse. Elle urine même debout dans la salle.

Ponction lombaire : Lymphocytose abondante. 0,50 d'albumine. Réaction de Bordet-Wassermann +. Réaction de Guillain +.

Urée dans le sang : 0,35 par litre.

Urines : Urobilinurie légère.

La température est normale.

Pas d'infection puerpérale actuelle.

Le diagnostic de P. G. ne paraît pas douteux. Ce sont les conditions d'apparition de la méningo-encéphalite qui rendent cette observation digne d'intérêt.

Le mari nous a fourni des renseignements sur les antécédents de sa femme. Les parents vivent en parfaite santé. La malade était habituellement alerte, vive et gaie. Elle a eu 2 fausses-couches, l'une il y a 3 ans, l'autre il y a 1 an. Une grossesse évolue normalement sans

aucune bizarrerie du caractère. L'accouchement s'opère sans aucune complication, le 12 janvier 1923, à la clinique du D^r Thierry à Rouen. Pas d'hyperthermie. Une fille pesant 6 livres à la naissance n'a cessé depuis l'accouchement d'avoir un développement normal. Nous n'avons pu nous-même observer cette enfant. On nous affirme qu'elle ne présente aucune particularité pathologique. La mère paraissait adorer son enfant et lui donnait le sein. Son état psychique n'avait en aucune matière attiré l'attention des médecins et du personnel hospitalier, quand 13 jours après l'accouchement la malade sortit de la clinique sous le prétexte d'un achat quelconque, ne rentra pas et fut recueillie 36 heures plus tard aux environs de Louviers, après avoir parcouru plus de 30 kilomètres. Elle put donner son identité, ce qui permit de la ramener dans sa famille. Depuis cette fugue, elle est somnolente, ne montrant aucun goût pour la mode qui l'intéressait beaucoup avant l'accouchement. Elle n'a aucun souvenir de la fugue. Elle oublie pendant une promenade le nom de la personne de sa famille qui l'accompagne. Elle s'égare dans son quartier, continue à allaiter sa fille quand on la lui présente sans lui témoigner aucun attachement et sans la réclamer jamais. Elle mange gloutonnement et le gâtisme a été permanent depuis la fugue.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une femme de 35 ans qui aurait eu une fausse-couche il y a 3 ans, une autre il y a un an, un accouchement normal le 12 janvier 1923 après une grossesse sans incident et 13 jours après l'accouchement une fugue ayant duré 36 heures, point de départ selon les renseignements de l'état mental que nous constatons aujourd'hui. Rien d'anormal n'a été signalé à la maternité de Rouen, pendant les 13 jours qui ont suivi l'accouchement. La convalescente se levait, allait et venait, allaitait son enfant. Cependant nous tenons entre les mains deux lettres de la malade, l'une écrite pendant la grossesse, l'autre écrite quelques jours après l'accouchement et moins correcte au point de vue calligraphique que la première, ce qui donne à penser que la malade n'était probablement pas indemne avant la fugue, les troubles calligraphiques d'une part, la fugue de l'autre, fournis-

sent rétrospectivement les premiers signes cliniques de la paralysie générale et la notion de syphilis ne nous étonnant pas chez une femme sujette aux fausses-couches.

Il ne peut évidemment pas être question ici de psychose puerpérale. Il faudrait, pour qu'on puisse en parler, qu'un syndrome clinique identique ne se soit accompagné d'aucun signe humoral. Nous avons recherché si la désorientation, l'hébétude de la malade ne constituaient pas une confusion mentale en quelque sorte surajoutée à la paralysie générale. Il n'est pas rare, en effet, de voir une méningo-encéphalite se compliquer de confusion mentale sous une influence quelconque, toxi-infectieuse ou autre. Il peut même arriver que la confusion mentale semble occuper tout le tableau clinique et qu'elle ne soit en réalité qu'un épisode au cours d'une paralysie générale restée jusqu'alors cliniquement latente (1). En somme, il n'y aurait rien d'étonnant à ce qu'une femme récemment accouchée fasse de la confusion mentale post-puerpérale et en même temps une paralysie générale révélée à cette occasion. On conçoit l'intérêt qu'il y a pour le clinicien à chercher derrière les signes psychiques aigus les signes d'une affection plus grave, d'une méningo-encéphalite par exemple. Dans notre cas, les choses sont plus simples. A aucun moment il n'y eut infection puerpérale, la malade n'a jamais eu de fièvre. Nous l'avons dit : L'urée sanguine est de 0,35. Les urines ne présentent qu'une urobiline légère. Du reste ici, l'état confusionnel, lié à l'affaiblissement intellectuel, n'a pas les caractères de la confusion mentale toxi-infectieuse et principalement puerpérale : abattement, somnolence, apathie, stupeur, délire hallucinatoire de nature onirique, signes généraux. Il est vrai que la brusquerie du début chez une femme indemne de toute tare héréditaire, devait amener à l'esprit l'hypothèse la plus simple : celle d'une psychose puerpérale. La fugue de 36 heures au 13^e jour de la grossesse surprie l'entourage

(1) Diagnostic précoce d'un cas de Paralysie générale par la ponction lombaire. Syndrome confusionnel. René Targowla et Mlle Badonnel, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 10 mars 1922.

hospitalier. Le lendemain, à l'examen, cette femme qui, la veille, n'avait pas, au point de vue psychique, attiré l'attention des médecins, présentait tous les signes de la paralysie générale, tels que nous les constatons aujourd'hui. La clinique nous montre, en général, une évolution « progressive » de la maladie. La période préparalytique d'incubation et d'invasion, la période de début sont décrites dans tous les traités. Ici la paralysie générale *a brûlé les étapes*, ou plutôt elle a passé brusquement d'une période d'incubation fort discrète, puisque personne n'y prit garde, à la période d'état.

Cette observation, comme nous le disions plus haut, pourrait donc tirer un grand intérêt du seul fait que la paralysie générale eut un début inaccoutumé, puisque l'invasion fut brusque, *foudroyante*, l'affection semblant s'être cliniquement révélée en quelques heures. Il nous a semblé que ce cas clinique méritait d'être publié, car nous n'avons jamais vu relater dans aucun auteur une telle invasion de cette maladie. De plus, il apparaîtra utile au médecin de connaître que la puerpéralité peut, en dehors de tout accident toxi-infectieux, révéler une affection grave telle que la P. G. jusqu'alors cliniquement latente. La puerpéralité agit alors comme un véritable traumatisme tandis que dans le cas d'Anglade et Jacquin on pouvait accuser les phénomènes éclamptiques d'avoir déterminé la révélation externe de la P. G. et de plus la réaction de Bordet-Wassermann faisait défaut. Pour conclure, nous pensons qu'en présence d'une confusion mentale puerpérale, indiscutablement toxi-infectieuse (examen des urines, dosage de l'urée sanguine, signes généraux), il pourra être utile de pousser les investigations et de rechercher par les procédés cliniques et biologiques en nous appuyant sur les antécédents (dans notre cas 2 fausses-couches antérieures, troubles de l'écriture 5 jours après l'accouchement), l'existence d'une affection sous-jacente insoupçonnée, principalement la paralysie générale.

La séance est levée à 18 h. 45.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER, J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

La folie aux Indes, par OVERBECK-WRIGHT. Baillière, Tindall and Cox, Londres, 1921.

Les aliénistes, aux Indes, ne jouent encore qu'un rôle restreint, puisque sur 260 millions d'habitants on ne traite dans les asiles que 68.000 malades. Sur ce total, on compte seulement 1/4 de patients appartenant au sexe féminin ; cela tient surtout à la religion et aux coutumes des Hindous qui font difficilement traiter leurs femmes hors de leur demeure.

Les conditions climatiques influencent considérablement les manifestations de l'aliénation mentale : la courbe des entrées s'élève progressivement de janvier à juillet, puis s'abaisse jusqu'en décembre, parallèlement aux variations de la chaleur. Une ascension passagère marque en avril le retentissement des affections respiratoires plus fréquentes en cette saison ; il en est de même en septembre-octobre, où le paludisme fait le plus de victimes. Les Européens sont particulièrement touchés ; ils prétendent en général garder leurs habitudes occidentales, s'épuisent à la fois sous la chaleur, le travail et les plaisirs, et font abus d'alcool et de quinine. Il faut noter à ce propos que l'ivresse, au point de vue médico-légal, est considérée, au contraire de la démence alcoolique, comme un élément d'aggravation de la responsabilité.

Chez les indigènes, l'intoxication par l'opium entraîne l'internement dans la proportion de 6,6 p. 100, ce qui est peu si l'on considère la diffusion de cette habitude toxique. Mais il faut remarquer que les Hindous ne fument pas la drogue à l'exemple des Persans et des Chinois ; ils l'ingèrent en pilules absorbant 3, 4 à 10 grains (1 grain = 6 1/2 centigr. environ) de façon régulière sans éprouver aussi impérieusement le besoin d'augmenter progressivement les doses. Cependant on observe souvent l'*amok*, ivresse excito-motrice au cours de laquelle le furieux se précipite dans la rue, crie, mutile et tue jusqu'à ce qu'il soit tué lui-même.

La paralysie générale est rare, bien que la syphilis soit fort répandue. On invoque à ce propos une certaine immunité relative commune aux Persans et aux Hindous ; mais on sait par ailleurs que la population indigène n'adresse guère aux asiles que les malades en état d'excitation, ce qui fausse singulièrement les statistiques d'asiles.

Quant aux déprimés, on les garde dans la famille ainsi que les idiots, imbeciles et débiles dont la multiplication est en partie rapportée à la coutume des mariages d'enfants ou d'adolescents à peine pubères, ainsi qu'aux déplorables conditions d'hygiène relevées dans tout le pays.

Il est enfin une classe particulière d'anormaux microcéphales à qui leur aspect a fait donner le nom de « Shah Daulas' Mice » ou « souris » sous le patronage d'un saint vénéré. Ils sont utilisés comme mendiants auxiliaires par les fakirs et les yogis ; leur hérédité explique rarement leur condition physique et mentale. Il est fréquent de voir naître un « chuha » issu de parents normaux. Il semble qu'ils soient perpétués dans une certaine mesure grâce à la pratique religieuse suivante : les femmes stériles vont en pèlerinage auprès du tombeau d'un saint réputé pour faire cesser cette infortune ; elles passent des jours et des nuits en prières et en lamentations ; c'est au cours de ces nuits que les gardiens du tombeau, soucieux de lui conserver la renommée de ses vertus miraculeuses, leur délèguent quelque adulte microcéphale à leur service et conjurent ainsi le malheur du foyer.

Albert BROUSSEAU.

L'Homicide altruiste des mélancoliques et des persécutés,
D^r George PERRUSSEL. Thèse, Paris, 1923.

Dans une étude complète et originale, l'auteur étudie chez les mélancoliques et les persécutés cette réaction paradoxale qu'est l'homicide par inclination sympathique intense, accompli dans l'intérêt supposé de la victime, homicide habituellement familial.

Il divise son travail en trois parties :

Le premier chapitre est consacré à l'étude clinique de l'homicide altruiste. On y trouve vingt-huit observations complètes de meurtres familiaux, volontaires, prémédités et toujours conscients, suivis presque toujours du suicide du meurtrier. Ce dernier est souvent « un petit mélancolique » qui n'avait pas éveillé l'attention de l'entourage.

Chez le mélancolique le passage à l'acte, conditionné par

le découragement, est facilité par un raptus anxieux, parfois par des hallucinations.

Chez le persécuté, le passage à l'acte est préparé par une sommation d'émotions dues aux convictions journalières et facilité par un supplément de conviction dû aux hallucinations auditives. Une combinaison de ces deux modalités se rencontre dans les délires toxiques. La notion de danger imminent est alors exacerbée par l'anxiété et les hallucinations de tout genre.

L'homicide altruiste est accompli plus fréquemment par la femme et a pour victimes les enfants. Il semble facilité chez la mère par un sentiment de propriété d'autant plus marqué que l'enfant est plus jeune. La forme d'homicide la plus fréquente chez l'homme paraît être l'uxoricide.

Il étudie dans un deuxième chapitre les applications pratiques : La séparation d'avec les proches et particulièrement l'enfant, s'impose d'urgence dès le début d'un état dépressif, si exempt que paraisse ce dernier d'idée de suicide. L'internement s'impose aussi *a priori* dans la majorité des cas. Lors de la sortie, la séparation d'avec l'enfant pendant une assez longue période devra être la règle, chaque fois que la malade aura manifesté la moindre tendance à l'anxiété, et *a fortiori* à l'anxiété altruiste. Les adultes devront être prévenus de ce que leur vie est menacée en proportion directe de l'affection que leur porte le malade.

Enfin dans un troisième et dernier chapitre, le Docteur Perrussel étudie la question au point de vue médico-légal. Là encore de nombreux rapports historiques et originaux éclairent heureusement le sujet.

L'Homicide altruiste comporte par lui-même l'irresponsabilité. Ni les causes objectives qui justifient le découragement, ni la conservation parfaite des facultés intellectuelles, ni la logique dans l'exécution de l'acte final, ne sont par elles-mêmes des preuves d'intégrité psychique, de telles données se rencontrent même dans la majorité des cas.

Paul ABÉLY.

Le Freudisme, par le Dr F. ADAM. Th. de Paris, 1923.

Réunissant la doctrine du pansexualisme et la méthode psychanalytique, sous le titre de Freudisme, l'A. en fait une critique sévère, pour laquelle il s'appuie sur un grand nombre de citations textuelles. Présentées d'une façon souvent assez plaisante, elles tendent à faire une sorte de démonstration par l'absurde de tout ce qui semble exagéré aux

différents auteurs français qui ont étudié cette doctrine, dans l'édifice Freudien.

Ce qui, chez nous, paraît le plus difficile à accepter, c'est l'extension donnée à la sexualité, au moins dans le sens où on prend ici le terme, souvent limité aux faits d'ordre génital. En outre, les interprétations du symbolisme des rêves et de toutes les manifestations de l'activité inconsciente paraissent trop souvent forcées et dictées par une opinion arrêtée à l'avance chez le psychanalyste. Rappelons à ce propos que les auteurs suisses qui en ont fait l'expérimentation suivie tendent à une application plus souple, plus générale de ces interprétations. Il n'en reste pas moins très utile de retenir, des points de vue tant doctrinal que pratique, l'importance considérable de la sexualité dans le déterminisme des troubles psychiques, surtout d'ordre névropathique.

M. Adam insiste très justement sur les inconvénients de la forme actuelle prise par la vulgarisation du Freudisme en France. Il y a obtenu surtout du succès dans divers milieux littéraires, dans la presse non spécialisée, auprès même du public.

Sans doute n'est-il pas sans inconvénient de voir diffuser telles doctrines, se répandre telles pratiques, qui nécessitent, de la part du médecin, même le plus spécialement averti, tant de prudence, de discernement et de conscience professionnelle. Avec des psychanalystes moins qualifiés, les révélations intimes, les interprétations scabreuses, les phénomènes de transfert qui en résultent peuvent être souvent dangereux pour le malade et non sans risque pour l'opérateur.

Toutes ces critiques, souvent très vives, contre l'œuvre de Freud, ne visent d'ailleurs en quoi que ce soit son caractère personnel et son honnêteté scientifique qui sont reconnus au-dessus de tout soupçon.

H. CODET.

Recherches sur la Fonction Thyroïdienne dans les Psychoses périodiques, par le Dr H. FAUVEL. Th. de Paris, 1923.

Sur 450 aliénés chroniques, rencontrant la présence de 25 goîtres nets, l'A. constate que 8 d'entre eux, accompagnés de signes basedowiens, se trouvent dans des cas de psychoses périodiques ; en outre, chez un certain nombre de périodiques, il a observé cliniquement des signes de dysthyroïdie. Les méthodes d'expérimentation, grâce aux tests biologiques, ont permis de préciser ces constatations.

Chez les basedowiens chroniques, on note un parallélisme

entre l'intensité des symptômes thyroïdiens et l'évolution des accès psychosiques.

D'autre part, au cours de l'accès périodique, en dehors de tout goître antécédent, on observe un syndrome physique plus ou moins complet ou dissocié : de l'instabilité cardio-vasculaire, avec tachycardie et fréquente hypertension ; la vagotonie est habituelle, la glycosurie se rencontre une fois sur deux, l'amaigrissement est la règle.

Expérimentalement, ces malades offrent des réactions du type hyperthyroïdien. Le seuil de sensibilité à l'adrénaline est abaissé, car 0 mm. 5 provoque : tachycardie, hypertension, accroissement du R. O.-C., réactions générales. La retropituitrine donne un ralentissement du pouls, abaisse la tension artérielle. La glycosurie adrénalinique est supérieure à celle que produit l'extrait hypophysaire.

Les réactions, disparaissant dans l'intervalle des accès, ont pu être reproduites après hyperthyroïdation expérimentale, suivant la technique de Claude. D'autre part, il convient de signaler l'absence de réaction particulière à l'atropine et la pilocarpine.

En somme, il résulte de cette étude précise que les modifications du tonus organo-végétatif observées chez les périodiques paraissent conditionnées par un état disthyroïdien, dont l'intensité présente un certain parallélisme avec l'évolution de l'accès.

H. CODET.

L'Hallucinose, par le D^r J. LEYRITZ. Th. de Paris, 1923.

Les cas d'hallucinose étudiés et publiés depuis les dernières années ont attiré l'attention sur les faits de cet ordre ; on constate, à en faire l'analyse, à côté du trait commun des hallucinations non rectifiées, sans délire abstrait, divers caractères particuliers dans les conditions de début, le mode évolutif, les symptômes associés. Ainsi arrive-t-on à la notion que cet état, bien plutôt qu'une maladie propre, représente un syndrome, essentiel ou symptomatique.

Qu'il soit aigu ou plus durable, il peut représenter la phase prodromique d'une psychose hallucinatoire chronique. Sa persistance, sans production secondaire d'idées délirantes, paraît liée à l'absence, chez le malade, des éléments qui caractérisent la constitution paranoïaque. Dans certains cas son éclosion, au milieu de symptômes oniriques, semble bien en rapport avec une origine toxi-infectieuse, comme pour les divers états hallucinatoires.

Leyritz fait rentrer dans le cadre de l'H. une forme par-

ticulière par son aspect clinique et ses conditions psychologiques : celle qui est constituée par la présence des seules hallucinations psychiques ; ici, les phénomènes d'automatisme mental sont des plus nets. L'on y retrouve ce caractère très fréquent de conscience partielle de l'état morbide associée à une croyance relative dans les actions extérieures au sujet. Son aggravation conduit, insensiblement et naturellement, aux idées d'influence, groupées en un véritable délire.

En somme, l'H. se présente comme une forme de passage entre divers états psychopathiques, où le rôle prédominant est dévolu soit au terrain, soit à l'accident. En pratique, cette appréciation, si importante, est difficile à établir en vue d'un pronostic et l'on constate en fait que ce syndrome peut se terminer par la guérison, aboutir à la chronicité, sans démence, ou n'être qu'une phase évolutive dans le cours d'une psychose caractérisée.

H. CODET.

PSYCHOLOGIE

Recherches expérimentales sur le niveau intellectuel des élèves des trois premières années du lycée, par Mme Prof. D^{resse} J. JOTEYKO. Travaux psychologiques paraissant sous la direction de J. Joteyko, fascicule I. Varsovie, 1922, 178 p.

Ce travail a été exécuté sur la demande du Ministère des Cultes et de l'Instruction publique en Pologne ; publié en polonais, il est suivi d'un résumé succinct en langue française. L'auteur étudie tout d'abord les réformes qui s'imposent dans le domaine de l'enseignement et qu'exigent les tendances démocratiques actuelles : école primaire d'un type unique jusqu'à l'âge de treize ou quatorze ans, lycée ou écoles professionnelles de second degré, selon les aptitudes spéciales des élèves, pendant les quatre ou cinq années suivantes. On pourrait obtenir de cette façon un rendement bien meilleur que celui que donne le système actuel. Une sélection des élèves, basée sur un examen psychologique détaillé de chacun d'eux, est appelée à jouer un grand rôle, à ce point de vue ; elle aurait à intervenir surtout au moment de l'achèvement des études primaires, c'est-à-dire à l'âge de treize ou quatorze ans ; l'examen psychologique fournirait les données utiles pour la répartition des élèves dans les écoles du deuxième degré. Il y a lieu, dans ce but,

de créer des postes de « psychologues d'école », comme ceci a été fait à Londres en 1913-1914. Les problèmes multiples, concernant ce sujet, ne pourront être résolus que progressivement, à l'aide de longues et patientes recherches. Il devient tout d'abord nécessaire d'obtenir des données sur le niveau intellectuel général de la jeunesse scolaire ; ces données permettraient ensuite de déterminer les aptitudes particulières de chaque individu. C'est dans ce but qu'a été entrepris ce travail. Cent trente élèves des trois premières années d'un lycée de Varsovie ont été examinés. Les tests de Binet-Simon ainsi que ceux de Rossolimo sont considérés comme trop faciles et de ce fait peu appropriés pour l'étude des manifestations intellectuelles d'ordre supérieur. Les tests ont été soigneusement triés. Les recherches ont porté sur : 1) les rapports des élèves avec l'école ; 2) les intérêts intellectuels ; 3) la mémoire immédiate des chiffres ; 4) la mémoire immédiate des mots ; 5) l'attention ; 6) l'imagination créatrice ; 7) l'association ; 8) la définition des mots abstraits (l'auteur attribue une importance de tout premier ordre à cette épreuve, pour l'appréciation de l'intelligence, et étudie, d'une façon particulièrement détaillée, les résultats obtenus) ; 9) la comparaison des concepts ; 10) le jugement critique ; 11) la classification des concepts et les séries logiques ; 12) les questions raisonnées ; 13) l'explication des proverbes ; 14) quelques opinions des enfants ; 15) les rédactions et 16) les sentiments esthétiques. Les résultats obtenus permettent d'apprécier non seulement le niveau moyen de chaque classe, mais aussi l'évolution progressive des diverses facultés au cours des trois années dont il a été tenu compte.

Le nom de Mme Joteyko est trop connu en France pour qu'il soit nécessaire d'insister plus particulièrement sur la valeur et l'importance de ces nouvelles recherches expérimentales, concernant la jeunesse scolaire, qui nous viennent d'elle.

E. MINKOWSKI.

La fin du secret, BINET-SANGLÉ. (Albin Michel, Paris, 1922).

A la suite de l'analyse de ce livre, parue dans le n° des *Annales* de janvier 1923, nous avons reçu de M. Binet-Sanglé la lettre suivante, qui a eu quelque peine à nous parvenir et que nous reproduisons sans commentaires :

Paris, le 31 mai 1923.

MONSIEUR LE RÉDACTEUR EN CHEF,

On me communique un article paru, en janvier dernier, dans les *Annales médico-psychologiques*, et où je relève cette phrase : « On peut déplorer qu'un livre tel que la *Fin du secret* soit signé d'un médecin. »

J'ai collaboré autrefois aux *Annales médico-psychologiques*, et la tristesse de votre rédacteur ne saurait me laisser indifférent. Malheureusement, les choses que j'ai à dire pour ma défense ne sont pas de nature à lui restituer son euphorie.

Les médecins sont tenus d'étudier les phénomènes pathologiques selon la méthode des sciences naturelles, laquelle, comme on sait, comporte quatre temps : observation, comparaison, généralisation, induction.

J'ai rigoureusement appliqué cette méthode dans la *Fin du secret*.

Je possède un millier d'observations relatives à la perception directe de la pensée ; j'en ai publié 265 ; j'y ai ajouté 51 expériences, dont 8 me sont personnelles, et, me basant sur ces documents, j'ai construit la théorie de ce phénomène rare, extraordinaire, mais qui n'est pas plus merveilleux que la téléphonie sans fil. J'en ai, par surcroît, indiqué les applications.

Encore que votre rédacteur les compte par douzaines (« 22 douzaines », écrit-il aimablement), ces observations n'ont pas été prises chez le crémier ou le chemisier du coin.

Parmi leurs signataires, je relève 118 docteurs en médecine, dont : 1 membre de l'Académie des sciences, 18 membres de l'Académie de médecine, 1 professeur du Collège de France, 14 professeurs des facultés et 2 médecins des hôpitaux ou des asiles.

Je relève, en outre, parmi ces signataires, douze neurologistes ou aliénistes jouissant d'une certaine notoriété, savoir : Azam, Delpit, Despine, Esquirol, Ferrus, Guislain, Janet, Luys, Petetin, Royer-Collard, Schrenk-Notzing et Terrien.

Ce qui est « déplorable » — n'est-il pas vrai ? — ce n'est pas que j'aie rassemblé ces 316 faits, c'est que 19 académiciens et 15 professeurs s'en soient portés garants, au risque de déshonorer les corps respectables qui délivrent aux phénomènes de la nature les licences et les autorisations. Ce qui est déplorable, c'est que douze neu-

rologistes ou aliénistes aient osé constater un phénomène qu'un rédacteur des *Annales médico-psychologiques* se refuse à accepter. N'avais-je pas raison de dire que j'allais faire ruisseler les pleurs sur ce visage sans nom ? (1).

Mais il n'est douleur qui ne cède à l'habitude et, comme la perception directe de la pensée continuera d'exister, comme elle continuera à être observée, votre rédacteur finira, sinon par l'admettre, du moins par la tolérer.

Il en prendra son parti comme Guy Patin, doyen de la Faculté de médecine de Paris, après avoir ravalé les merveilles du corps humain à de misérables contes persans et comparé Harvey à Schéhérazade, finit par prendre son parti de ce phénomène invisible, incompréhensible, et par conséquent illusoire : la circulation du sang.

Il me suffira, j'en suis convaincu, Monsieur le rédacteur en chef, d'en appeler à votre courtoisie pour que cette lettre paraisse dans votre prochain numéro.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

BINET-SANGLÉ.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 16 Avril 1923

Présidence de M. le D^r DUPAIN

Un cas de paralysie juvénile. — M. Henri COLIN montre un jeune garçon âgé de 17 ans 1/2 qui présente tous les signes de la paralysie générale : Affaiblissement intellectuel, embarras caractéristique de la parole, inégalité et inertie pupillaire, troubles de l'écriture, etc... Les réactions biologiques sont positives. Il existe, en outre, des stigmates accusés de dégénérescence : taille très au-dessous de la moyenne (celle d'un enfant de 12 à 13 ans), asymétrie faciale, etc... Ce fait a déjà été relevé dans des observations antérieures. Le malade conserve une conscience relative de son état.

(1) L'analyse en question est de M. le D^r Louis Parant.

L'auteur insiste sur l'intérêt que présentent ces cas au point de vue des accidents du travail. Le malade actuel, rinceur de bouteilles, se blessait souvent au cours de son travail. S'il avait eu un accident grave, la famille aurait pu attribuer la maladie actuelle à l'accident, alors que celui-ci n'en a été que la conséquence. Le fait s'est produit pour un paralytique général juvénile, victime d'un accident de la main, et présenté autrefois par le même auteur.

Paralysie générale épileptiforme prolongée. — MM. J. CAPGRAS et J. REBOUL-LACHAUX présentent un cas de syndrome démentiel ayant débuté en 1915, date où apparurent pour la première fois des crises épileptiformes chez une femme de 40 ans, qui a toujours été aménorrhéique. Le diagnostic de paralysie générale a été porté en 1919 après ponction lombaire. Depuis, les crises convulsives n'ont pas cessé de se produire tous les mois ou tous les deux mois, tandis que l'affaiblissement des facultés mentales demeurait global, mais en quelque sorte « fixé » au point que la malade ne diffère pas aujourd'hui de ce qu'elle était il y a 4 ans. Les symptômes neurologiques ne se sont pas modifiés. La formule humorale du L. C.-R. est d'un type un peu spécial, atténué. B.-W. mobile, deux lymphocytes, 0,30 à 0,35 centigrammes d'albuminose, réactions des globulines nettement mais faiblement positives, réaction de Guillain du type positif atténué dans la zone de syphilis nerveuse.

Les auteurs discutent la nature comitiale ou paralytique de ces troubles et posent le diagnostic de paralysie générale anormale, prolongée, stationnaire, fixée dans son évolution et ayant laissé à la manière d'un reliquat, évoluant pour son propre compte, des crises d'épilepsie.

Lésions en foyer dans l'encéphalite léthargique. — MM. P. GUIRAUD et A. HEMERY présentent deux cerveaux d'encéphalitiques contenant d'anciens foyers hémorragiques, le premier dans les noyaux gris centraux, le second dans la capsule interne. Cliniquement les lésions se traduisent par une démarche rappelant celle des séniles lacunaires et par une hémiplégie gauche spasmodique. L'athérome artériel a été dans les deux cas une circonstance prédisposante.

Outre l'hémiplégie la seconde malade présentait un syndrome polyurie-polydipsie. Les lésions infundibulaires sont très nettes. L'hypophyse n'a pu être examinée.

Crises d'anxiété, de tremblement, de pseudo-asthme et troubles vaso-sympathiques, manifestations initiales de l'encépha-

lite épidémique. — M. Georges PETIT (de Bourges) signale à propos d'un cas d'encéphalite épidémique l'apparition fréquente de crises d'anxiété, de tremblement et de dyspnée paroxystique à la phase initiale de cette affection. Dans l'observation rapportée, ces crises dominèrent le tableau clinique pendant plus de huit mois et furent considérées comme des crises d'asthme. Des myoclonies, des troubles oculaires, de la somnolence, associés à des troubles mentaux (tasikinésie, tachyphrénie, etc.) et à de multiples autres signes de la série encéphalitique n'imposèrent que tardivement le diagnostic.

L'auteur note la fréquence dans l'observation rapportée et dans de nombreux cas analogues de troubles vago-sympathiques extrêmement variés et variables, avec alternances fréquentes de sympathicotonie et d'hypervagotonie. Ce déséquilibre neuro-végétatif (sous la dépendance probable d'altérations des centres régulateurs sympathiques du locus niger) pourrait expliquer l'apparition de paroxysmes et de crises psycho-organiques dans l'encéphalite épidémique, selon les vues si ingénieuses de MM. Garrelon, Tinel et Santenaise, appliquées déjà à d'autres affections à manifestations intermittentes ou paroxystiques.

Le tremblement observé fréquemment au début de l'encéphalite épidémique se manifeste soit de façon constante, soit par crises ; aussi varié que variable, il prédomine généralement d'un côté et s'associe à d'autres symptômes frustes et précoces du parkinsonisme.

A noter également que, dans l'observation rapportée, les troubles organiques prédominaient nettement du côté gauche, qui avait été le siège de deux traumatismes antérieurs et que les poumons présentaient des lésions de sclérose apicale accentuée ayant pu jouer, comme dans l'asthme, le rôle d'épine irritative et localisatrice.

M. HOVEN, de l'Asile de Mons (Belgique) envoie une statistique portant sur la syphilis dans les maladies mentales.

A ce propos, M. A. MARIE présente des tableaux de recherche du Wassermann dans le sang et le liquide céphalo-rachidien de 295 malades entrés dans son Service à l'Asile Clinique en 1921-22. La moyenne générale (25 0/0) se rapproche de celles obtenues par Meguski et Mackensie (29 et 24 0/0) en dehors des P. G.

VARIÉTÉS

64^e ASSEMBLÉE DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE PSYCHIATRIE SAMEDI 2 ET DIMANCHE 3 JUIN A GENÈVE

PROGRAMME. — PREMIÈRE SÉANCE : SAMEDI 2 JUIN. — THÈME DE TRAVAIL : *Psychopathologie infantile et psychiatrie*.

DEUXIÈME SÉANCE : DIMANCHE 3 JUIN. — THÈME DE TRAVAIL : *Les séquelles psychiques de l'encéphalite épidémique*.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Le poste de directeur-médecin de l'asile agricole de Chezal-Benoît est actuellement vacant.

Pourraient être appelés à cette direction, les médecins du cadre des asiles publics, appartenant au moins à la 5^e classe ou susceptibles d'y être prochainement promus (1).

Du fait de son affectation dans un établissement appartenant au département de la Seine, le directeur-médecin de l'asile agricole, conformément au décret du 10 octobre 1919, recevrait, à classe égale, un traitement de 2.000 fr. supérieur à celui de ses collègues de province, plus une indemnité exceptionnelle et temporaire de 3.000 fr. en exécution de l'arrêté du 30 mars 1923. (*Journal Officiel*, 6 mai 1923.)

Par arrêté du ministre de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales en date du 28 avril 1923, M. le docteur Fauvel (Henri), médecin des asiles, a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Quimper (Finistère). (*Journal Officiel*, 5 mai 1923.)

Un poste de médecin chef de service pourrait être éventuellement vacant à l'Asile autonome d'Aix.

Il serait utile que les candidats se fassent connaître dès maintenant.

(1) Aux termes du décret du 10 octobre 1919, dont les dispositions n'ont pas été abrogées par le décret du 3 janvier 1922, le traitement de début des médecins-directeurs du département de la Seine est de 14.000 francs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.